



MANDADOS DE CONDUÇÃO À URGÊNCIA DE PSIQUIATRIA EM IMIGRANTES

18º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Diana Gomes Martins Correia da Silva

Orientadora: Professora Doutora Teresa Maia Correia

Setembro de 2017



Mandados de Condução à Urgência de Psiquiatria em Imigrantes

Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Teresa Maia Correia.

Setembro de 2017

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Maia
pelo infindável encorajamento e orientação.

Aos profissionais da Unidade de Saúde Pública e da Unidade de
Psiquiatria Comunitária da Amadora pela inestimável receptividade.

À Professora Doutora Carla Nunes e à Liliana Ciobanu
pela ajuda prestada na realização deste trabalho.

À Dra. Judite Catarino,
pelo apoio e compreensão.

Resumo

Introdução: várias pesquisas internacionais têm colocado em evidência que em indivíduos de maior vulnerabilidade, como é o caso dos imigrantes, o risco de distúrbios mentais é superior ao da população recetora. Em Portugal, onde são ainda escassos estudos sobre a dimensão desse risco neste grupo vulnerável, o levantamento e análise de mandados de condução a um estabelecimento de saúde mental permite abrir portas a ao conhecimento do perfil dos indivíduos conduzidos, se, de que forma e em relação a que variáveis esse difere dos demais indivíduos (não-imigrantes).

Material e Métodos: procedeu-se à análise de processos referentes a mandados de condução à urgência de Psiquiatria emitidos na USP da Amadora, no período entre 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2015. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, com componente analítica. Usou-se o software Microsoft Excel 2013 e o IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) Statistics 22.

Resultados: foram validados 338 mandados de condução de 248 indivíduos em que a proporção correspondente a imigrantes foi de 26,9%. Esta prevalência foi superior à esperada. Dos imigrantes estudados, 42,9% são naturais de Cabo Verde, a nacionalidade estrangeira mais frequente no concelho da Amadora. A idade média neste grupo é inferior ao encontrado no grupo de não-imigrantes [42,04 ($\pm 15,63$) e 45,96 ($\pm 16,12$), respetivamente], sendo os imigrantes do sexo masculino os mais jovens de todos os indivíduos estudados. Em ambos os subgrupos, a maioria dos mandados referia-se a indivíduos do sexo masculino (64,8% nos imigrantes e 62,3% nos não-imigrantes) com diagnóstico de Esquizofrenia (38,5% e 41,3%) seguido de diagnóstico de Doença Bipolar (14,2% e 21,0%). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a variável Imigrante e as variáveis independentes. Cerca de 1 em cada 4 indivíduos teve recorrência de mandado de condução. O número de indivíduos alvo de três ou mais mandados de condução foi superior nos imigrantes (14,8%; 7,5% em não-imigrantes).

Conclusão: O presente estudo pretendeu ser um ponto de partida para a obtenção de uma base de conhecimentos respeitantes ao tema proposto, tema este ainda pouco estudado em Portugal, e que podem constituir pontes para investigações futuras nesta área.

Palavras-chave: Imigração; Mandado de Condução; Saúde Pública

Abstract

Introduction: several international researches have shown that individuals in greater vulnerability, such as immigrants, the risk of mental disorders is higher than that of the receiving population. In Portugal, where there are still few studies on the extent of that risk in this vulnerable group, the analysis of the procedures for involuntary admission to a mental health facility can open doors to the knowledge on driven individuals' profiles, how it may differ from the other individuals (nonimmigrants), and whether the obtained information supports the context of mental health vulnerability of immigrant communities.

Methodology: a analysis was carried out on all the cases of individuals conducted to the psychiatric emergency through a mental health warrant issued by the Public Health Unity of Amadora in the period from 1 January 2010 to 31 December 2015. It's a observational, descriptive, cross-sectional study with an analytical component. For statistical treatment of the collected data it was used the Microsoft Excel 2013 e o IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) Statistics 22.

Results: 338 mental health warrants were validated for a total of 248 individuals; the proportion corresponding to immigrants was 26.9%. Of these, 42.9% are from Cape Verde, the most frequent foreigner origin in the municipality of Amadora. The mean age in this group is lower than that found in the group of nonimmigrants ([42,04 ($\pm 15,63$) and 45,96 ($\pm 16,12$), respectively), with the male immigrants being the youngest of all the individuals studied. In both cases, most of the orders referred to males (64.8% of immigrants and 62.3% of nonimmigrants) with a diagnosis of Schizophrenia (38.5% and 41.3%) followed by diagnosis Of Bipolar Disorder (14.2% and 21.0%). There were no statistically significant associations between *Immigrant* variable and independent variables. About 1 in 4 individuals had a recurrence of involuntary admission. The number of individuals with three or more involuntary admission was higher in immigrants (14.8%; 7.5% in non-immigrants).

Conclusion: this study intends to be a starting point for obtaining a base of knowledge related to the proposed theme, a topic that has not yet been deeply studied in Portugal and which may constitute bridges for future research in this field.

Keywords: Immigration; Mental Health Warrant; Public Health

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Lista de anexos	vii
Lista de figuras e quadros	viii
1. Introdução	11
1.1 Epidemiologia das doenças mentais e cuidados de saúde mental em Portugal	12
1.2 Imigração em Portugal	13
1.3 Distribuição dos estrangeiros em território nacional	15
1.3.1 Concelho da Amadora	16
1.4 Migração e Saúde mental	18
1.4.1 O processo migratório e fatores envolvidos	18
1.5 Lei da Saúde Mental e o Internamento Compulsivo	21
1.5.1 Epidemiologia	23
1.5.2 Internamentos compulsivos de imigrantes	23
1.6 Fundamentação do estudo	24
1.7 Perguntas de investigação	26
1.8 Finalidades e objetivos	26
1.8.1 Finalidade	26
1.8.2 Objetivo geral	27
1.8.3 Objetivos específicos	27
2. Material e Métodos	28
2.1 Tipo de estudo	28
2.2 População em estudo e unidade de observação	28
2.3 Definição de caso	28

2.4 Critérios de inclusão gerais	28
2.5 Critérios de inclusão no subgrupo de imigrantes.....	29
2.6 Fontes de informação e colheita dos dados.....	29
2.7 Considerações éticas.....	29
2.8 Variáveis.....	30
2.9 Plano de análise dos dados	30
3. Resultados	32
3.1 Amostra	32
3.2 Análise descritiva dos dados.....	32
3.2.1 Análise geral.....	32
3.2.2 Análise comparativa entre não-imigrantes versus imigrantes.....	36
3.3 Análise estatística inferencial.....	42
3.3.1 Associações entre a variável Imigrante e algumas variáveis independentes....	42
3.3.2 Associações entre a variável Recorrência de Mandado e algumas variáveis independentes.....	43
4. Discussão.....	45
4.1 Discussão dos resultados obtidos.....	45
4.2 Discussão da metodologia e limitações do estudo.....	50
5. Conclusão	54
6. Referências bibliográficas.....	56
7. Anexos.....	62
7.1 Anexo A: Lista de variáveis e plano de operacionalização	62
7.2 Anexo B: Principais grupos de diagnósticos psiquiátricos (DSM-5) e principais diagnósticos psiquiátricos encontrados nos mandados de condução	64
7.3 Anexo C: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT	65

Lista de anexos

Anexo A: Lista de variáveis e plano de operacionalização

Anexo B: Principais grupos de diagnósticos psiquiátricos (DSM-5) e principais diagnósticos psiquiátricos encontrados nos mandados de condução

Anexo C: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT

Lista de figuras e quadros

Figuras

Figura 1: População estrangeira residente em Portugal, segundo os Censos 1991, 2001 e 2011

Figura 2: Distribuição dos estrangeiros por regiões NUTII, em 2011 (%)

Figura 3: Etapas do processo migratório e fatores envolvidos

Figura 4: Interação de fatores no processo de migração e na saúde mental do imigrante

Figura 5. Distribuição do número de mandados emitidos por ano no período em estudo

Figura 6: Proporção de mandados de condução de não-imigrantes e imigrantes

Figura 7: Mandados de condução emitidos por indivíduo, por subgrupo

Quadros

Quadro I: Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal e em outros países europeus (%)

Quadro II: População Estrangeira Residente em Portugal, por Principais Nacionalidades (2013)

Quadro III: População Estrangeira Residente em Portugal, por principais Concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, e por o sexo (2013).

Quadro IV: Número absoluto de Imigrantes por Nacionalidade no concelho da Amadora (2011)

Quadro V. Análise descritiva geral das variáveis sociodemográficas e psicossociais

Quadro VI. Análise descritiva geral das variáveis de registo e de caracterização da doença

Quadro VII. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e psicossociais em não-imigrantes e imigrantes

Quadro VIII. Análise descritiva das variáveis de registo e de caracterização da doença em não-imigrantes e imigrantes

Quadro IX. Prevalência de diagnósticos psiquiátricos por subgrupo

Quadro X. Análise de possíveis associações entre algumas variáveis independentes e a variável Imigrante

Quadro XI. Análise de possíveis associações entre algumas variáveis independentes e a variável Recorrência de Mandado

Quadro XII: Imigrantes Permanentes (Nº) Anual no Concelho da Amadora

Quadro XIII: Percentagem de mandados de condução de imigrantes e percentagem de imigrantes no concelho da Amadora, por ano estudado.

Lista de siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AML – Área Metropolitana de Lisboa

ARS LVT – Administração Regional de Saúde da Região Lisboa e Vale do Tejo

HPDFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNU – Registo Nacional de Utentes

USP Amadora – Unidade de Saúde Pública Dr. António Luz (ACES Amadora)

1. Introdução

A saúde mental é a base essencial a um desenvolvimento equilibrado durante a vida, cumprindo um papel elementar nas relações interpessoais, vida familiar e integração social. Constitui um Fator determinante da inclusão social, da participação comunitária e económica, sendo, por isso, um elemento indissociável do bem-estar psíquico e físico e ao funcionamento eficiente de cada um. De facto, a saúde mental relaciona-se com a capacidade de adaptação a mudanças internas e externas, a competências para enfrentar crises e à aptidão para estabelecer relações satisfatórias com outras pessoas. Por outro lado, as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade a longo prazo com dependência psicossocial, bem como uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo. Além das consequências diretas das perturbações mentais, estas também contribuem indiretamente para o aumento da carga global de doença, através da sua interação complexa com outros fatores como consumo de substâncias psicoativas, patologias clínicas (cardiovascular, metabólica, etc.), entre outros. A estas dimensões soma-se o impacto destas patologias na vida familiar do indivíduo e nas redes de suporte social, acarretando sofrimento com o estigma, a discriminação e a exclusão social.

São vários os fatores que podem influenciar o desequilíbrio associado ao desenvolvimento de patologias mentais: fatores sociais, idade, Sexo, *life events*, entre outros. Conhecer esses fatores, de que forma e em que contextos atuam, permite orientar e sustentar políticas de prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais. Nesse sentido, os estudos epidemiológicos têm sido fundamentais para conhecer a distribuição, frequência e determinantes das patologias mentais em diferentes populações, assim como para determinar as necessidades de cuidados de saúde mental das populações e avaliar a qualidade desses cuidados.

1.1 Epidemiologia das doenças mentais e cuidados de saúde mental em Portugal

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, publicado em 2013, sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas mostrou que mais de um quinto da população portuguesa apresenta uma perturbação psiquiátrica¹. Em conjunto com a Irlanda do Norte, o nosso país apresenta a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas na Europa (Quadro I). De facto, as prevalências encontradas na população portuguesa encontram-se entre as mais elevadas da Europa, em todos os grupos de patologias mentais, sendo mais evidente no grupo das perturbações de ansiedade, seguido das perturbações depressivas, as perturbações de controlo de impulsos e abuso de substâncias.¹ O consumo de psicofármacos evidencia-se igualmente elevado em Portugal, estando também entre os primeiros lugares de todos os países europeus.²

Quadro I. Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal e em outros países europeus (%)

País	Pert. de Ansiedade	Pert. do Humor	Pert. de Controlo dos Impulsos	Pert. por Utilização de Substâncias	Todas
Irlanda do Norte	14,6	9,6	3,4	3,5	23,1
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
Bulgária	7,6	3,2	0,8	1,2	11,2
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Roménia	4,9	2,5	1,9	1,0	8,2

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013¹

No que respeita a cuidados de saúde, e ainda segundo o mesmo estudo epidemiológico, aproximadamente 65% dos indivíduos com uma perturbação psiquiátrica não teve qualquer tratamento no ano anterior. Mesmo nos casos mais graves, mais de um terço não teve acesso a qualquer tipo de terapia.

Em Portugal, os cuidados prestados por queixas do foro psiquiátrico foram, na grande maioria dos casos, proporcionados por serviços de saúde

convencional, desempenhando os outros tipos de prestadores de cuidados (guias religiosos ou espirituais, medicinas alternativas e complementares, entre outros) um papel muito pouco significativo. Com seria de esperar, a medicina geral e familiar continua a ter um papel central no acesso a esses cuidados.

1.2 Imigração em Portugal

A imigração não se reduz a um movimento voluntário ou forçado de pessoas entre territórios, movimento esse de caráter permanente ou de longo prazo, mas assume, na atualidade, um importante contributo para a demografia de países com populações envelhecidas, como o que se observa nos países europeus. De facto, sem o fenómeno de imigração torna-se ainda mais complexo enfrentar a crise demográfica a que assistimos.³

Por outro lado, Portugal está a atrair e a estimular novos perfis de imigração. Sendo um país relativamente recente de imigração, quando comparado com outros países europeus, Portugal recebeu sobretudo imigrantes que vinham satisfazer necessidades da economia nacional, enquadrando-se maioritariamente em atividades manuais e de baixas qualificações em setores da economia menos atrativos aos trabalhadores nacionais. Contudo, com as condições económicas menos favoráveis a partir de 2008, o perfil de entradas de estrangeiros em Portugal alterou-se, evidenciando um aumento de alguns fluxos (estudantes internacionais, imigrantes altamente qualificados, investigadores, empresários) e diminuição de outros (nomeadamente, em atividades subordinadas).³

Segundo os dados do último Censos 2011, residiam em Portugal 394.496 estrangeiros, traduzindo-se em 3,7% do total de residentes do país (figura 1). Entre os Censos de 2001 e 2011, num período de 10 anos, a população estrangeira cresceu 74%, crescimento esse que foi mais pronunciado na década anterior (113% no período entre 1991 e 2001).

As 10 nacionalidades estrangeiras mais numerosas em Portugal em 2013 eram, por ordem decrescente, brasileira, cabo-verdiana, ucraniana, romena, angolana, chinesa, guineense, britânica, são-tomense, moldava, espanhola e alemã.⁴ Desde 2001, registou-se um crescimento significativo dos

residentes de nacionalidade brasileira, ucraniana, romena e chinesa, verificando-se, por outro lado, a perda de importância relativa de outros residentes estrangeiros dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e da União Europeia.

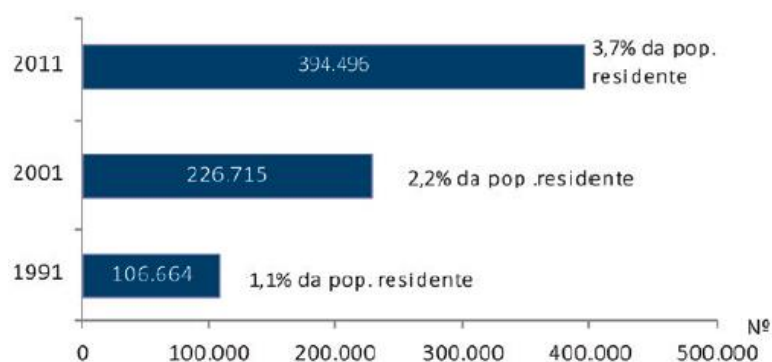


Figura 1. População estrangeira residente em Portugal, segundo os Censos 1991, 2001 e 2011; Fonte: INE, 2012

Quadro II. População Estrangeira Residente em Portugal, por Principais Nacionalidades (2013)

	Total		Homens	Mulheres
	N	%		
Brasil	92.120	23,0	38.515	55.605
Cabo Verde	42.401	10,6	19.948	22.453
Ucrânia	41.091	10,2	20.746	20.345
Roménia	34.204	8,5	18.946	15.258
Angola	20.177	5,0	9.417	10.760
China	18.637	4,6	9.646	8.991
Guiné-Bissau	17.846	4,4	9.783	8.063
Reino Unido	16.471	4,1	8.581	7.890
São Tomé Príncipe	10.304	2,6	4.664	5.640
Moldávia	9.971	2,5	4.803	5.168
Espanha	9.541	2,4	4.927	4.614
Alemanha	8.581	2,1	4.372	4.209
Total	401.320	100	195.544	205.776

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

A população estrangeira residente em Portugal é tendencialmente mais jovem que a população de nacionalidade portuguesa, sendo a respetiva média de idades de 34 anos, em contraste com a média de idades de 42 anos da população portuguesa.⁴ Estes dados refletem a atuação de dois fatores: por um lado, a tendência de envelhecimento da população portuguesa, por outro, o facto da imigração para Portugal resultar, sobretudo, de uma motivação económica, chegando ao nosso país indivíduos predominantemente em idade ativa. Contudo, a população estrangeira não é homogénea, identificando-se nacionalidades com idades médias mais jovens (por exemplo, romenos, brasileiros, chineses) e nacionalidades com idades médias mais avançadas (por exemplo, ingleses).

1.3 Distribuição dos estrangeiros em território nacional

Segundo os dados do último Censos 2011, mais de metade da população estrangeira residente em território nacional (51,6%) encontra-se na região da Grande Lisboa (figura 2), seguido da Região Centro e do Algarve (13,9% e 13,2%, respetivamente).³

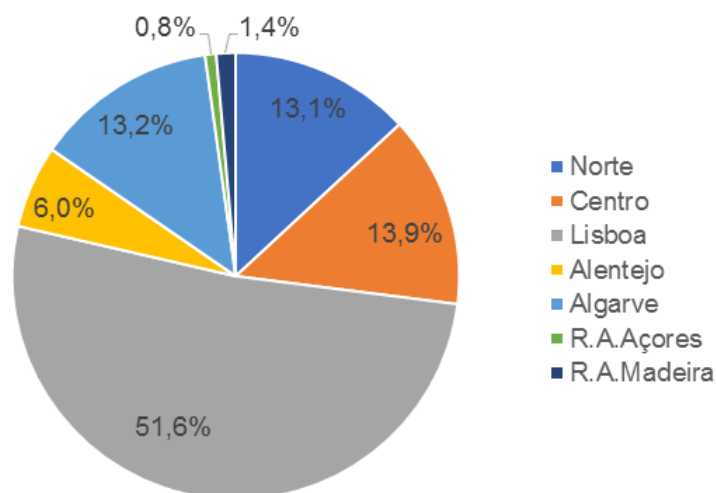


Figura 2. Distribuição dos estrangeiros por regiões NUTII, em 2011 (%); Fonte: Censos 2011, INE (cálculos de Oliveira e Gomes, 2014: 36)

A distribuição geográfica das comunidades imigrantes ocorre, sobretudo, em zonas mais ou menos degradadas adjacentes às grandes áreas urbanas,

como é o caso da Área Metropolitana de Lisboa (AML).^{3, 5,6} Nesta região, onde se concentra mais de metade da população imigrante de todo o país, os concelhos com maior número de imigrantes residentes são, por ordem decrescente, os concelhos de Lisboa, seguidos de Sintra e de Cascais⁷ (quadro III). A distribuição por sexos acompanha a tendência da demais população com o ligeiro predomínio de mulheres.

Quadro III. População Estrangeira Residente em Portugal, por principais Concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, e por o sexo (2013).

		Total		Homens	Mulheres
Distrito	Concelho	N	%	N	N
Total Nacional		401.320	100	195.544	205.776
Lisboa	Lisboa	46.426	11,57	23.576	22.850
Lisboa	Sintra	33.478	8,34	15.735	17.743
Lisboa	Cascais	20.124	5,01	9.229	10.895
Lisboa	Loures	17.390	4,33	8.370	9.020
Lisboa	Amadora	18.481	4,61	8.908	9.573
Lisboa	Odivelas	13.276	3,31	6.485	6.791
Lisboa	Oeiras	9.277	2,31	4.081	5.196
Lisboa	Vila Franca de Xira	6.634	1,65	3.127	3.507

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

1.3.1 Concelho da Amadora

O concelho da Amadora é o mais pequeno da Grande Lisboa, com uma área de 24 Km² apresentando, no entanto, a maior densidade populacional (7.390 hab/km²) não só desta região, mas também do país.⁷ A Amadora é um dos pontos de maior circulação de pessoas e bens da AML, dada a sua forte proximidade à capital do país.

Segundo o Censos 2011, a população total residente no concelho da Amadora era de 175.136 habitantes (47% homens e 53% mulheres). À data do último recenseamento, 67% dos indivíduos estava em idade ativa, com uma média de idades a rondar os 42 anos, refletindo os fluxos migratórios daquela região.⁸

O maior crescimento populacional ocorreu entre 1950 e 1970, reflexo dos movimentos migratórios decorrentes da industrialização da AML, e após o qual se seguiu um período de abrandamento do crescimento demográfico. No entanto, embora com menor expressividade do que nesse período, os movimentos migratórios permanecem atuais. Em 2011 residiam no concelho da Amadora 17.583 indivíduos de nacionalidade estrangeira, correspondendo a 11% do total da população do concelho. O número de imigrantes aumentou 33% desde 2001, acompanhando a tendência crescente observada a nível nacional.

A multiculturalidade é uma característica do concelho e atualmente a Amadora acolhe 41 nacionalidades distintas, sendo o maior número de imigrantes residentes os de nacionalidade africana (61.7%), predominantemente oriundos dos PALOP (60%). Deste grupo de países mantém-se especial predomínio de indivíduos oriundos de Cabo-Verde (35,7%) e Guiné-Bissau (11%). A segunda nacionalidade mais numerosa é a brasileira, correspondendo a 19% de estrangeiros residentes no concelho (quadro IV).⁹

Quadro IV. Número absoluto de Imigrantes por Nacionalidade no concelho da Amadora (2011)

	País de origem	Número de habitantes
1º	Cabo-Verde	6174
2º	Brasil	4005
3º	Guiné-Bissau	1765
4º	Angola	1581
5º	São Tomé e Príncipe	1088
6º	Roménia	839
7º	China	266
8º	Índia	156
9º	Paquistão	145
10º	Espanha	124

Fonte: INE, 2011

Também à semelhança do que se observa a nível do país, a expressão de empregadores estrangeiros tem vindo a reforçar-se, representando já 12.2% do total de empregadores do município e 4.2% do total de residentes estrangeiros na Amadora.

1.4 Migração e Saúde mental

Várias investigações identificam a vulnerabilidade dos migrantes em relação à sua saúde mental. No entanto, a importância e as necessidades de intervenção de saúde pública em comunidades minoritárias, como os imigrantes, não são adequadamente apreendidas na maioria dos estudos que utilizam amostras nacionais porque estes se orientam para a população-alvo sem atender, na sua maioria, as comunidades com atributos e peculiaridades específicos que as distingue das demais populações receptoras.¹⁰

Embora os imigrantes possam apresentar um melhor estado de saúde que o dos seus homólogos nativos no período após a migração, observa-se um fenómeno denominado de "efeito do imigrante saudável"¹⁰ no qual essa vantagem de saúde diminui ao longo dos anos no país recetor.^{11,12} De facto, este fenómeno é indicativo dos impactos negativos da migração sobre o estado de saúde dos migrantes.

É bem conhecida e estudada a influência exercida por vários fatores sociais na saúde psíquica e física dos indivíduos. A migração tem sido reconhecida como um dos determinantes sociais de saúde, na medida em que os imigrantes podem enfrentar pobreza, isolamento social e desigualdades sociais, bem como riscos associados à marginalização e empregos de extrema precariedade nos países de acolhimento.¹³ De facto, os imigrantes, pelos fenómenos a que estão expostos, constituem indivíduos vulneráveis a muitos destes determinantes.

1.4.1 O processo migratório e fatores envolvidos

O processo migratório pode ser visto como um fenómeno de três etapas.^{14,15,16} A primeira, *pré-migração*, é o estadio em que os indivíduos decidem migrar e planeiam a mudança. O segundo envolve o processo propriamente dito de *migração* e a transição física de um lugar para outro, implicando todos os passos psicológicos e sociais necessários a essa transição. A terceira etapa, *pós-migração*, é relativa ao estadio em que os indivíduos lidam com o quadro social e cultural da nova sociedade onde se irão

inserir, aprendem novos papéis e tornam-se interessados em transformar o seu grupo. Em cada uma dessas etapas são vários os fatores envolvidos no processo de migração e os riscos a que os imigrantes estão expostos (figura 3).

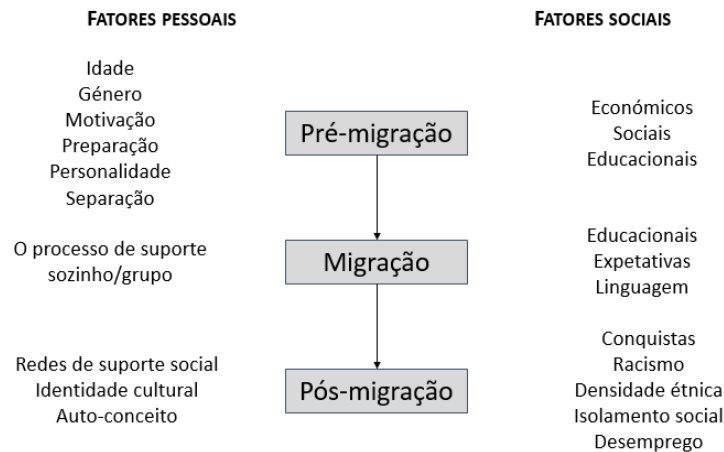


Figura 3. Etapas do processo migratório e fatores envolvidos

Os fatores sociais associados a problemas de saúde psíquica e física são frequentemente chamados de determinantes sociais porque não são, habitualmente, as causas diretas desses problemas, mas agem como elementos que contribuem para tal.¹⁶ Os determinantes sociais ligados ao desenvolvimento de problemas de saúde mental e física podem atuar a vários níveis, interpessoais e sociais, influenciando, por exemplo, a capacidade de resiliência e ajustamento a novas redes.¹⁶ Alguns aumentam a vulnerabilidade ou agem como fatores que precipitam doença, outros são protetores de doença e restauração da saúde. A instabilidade mental em eventos de transição na vida do indivíduo, tal como se observa durante o processo de migração, pode ocorrer devido a um aumento significativo dos níveis de stress num momento em que, por exemplo, a rede de suporte social pode não ser tão forte e presente.

Os problemas de saúde mental raramente são causados por um único fator, mas eles resultam da interação entre as várias dimensões implicadas¹⁷ (figura 4). Também os fatores pessoais desempenham um papel na forma como a experiência de migração será vivenciada. A motivação individual, a auto-identidade e auto-conceito, a história de vida e de desenvolvimento pessoal, a condição física e morbilidades, os níveis de resiliência, exercem

influência no modo como a realidade circundante e vivencial é interpretada e sentida, contribuindo para uma maior ou menor vulnerabilidade ao desenvolvimento de distúrbios mentais. Da interação conjunta desses fatores com as outras dimensões presentes, a adaptação será feita com maior ou menos impacto na saúde mental do indivíduo.

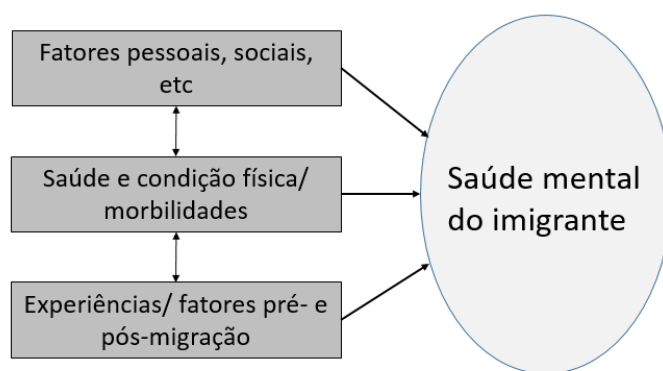


Figura 4. Interação de fatores no processo de migração e na saúde mental do imigrante

À semelhança de outras situações, existem heterogeneidades inerentes a cada contexto e a cada indivíduo, o que torna mais complexa a leitura e interpretação dos fenómenos e experiências de vida. De facto, nem todos os imigrantes têm as mesmas experiências ou até mesmo as mesmas razões para migrarem, e, certamente, as respostas das novas sociedades não são suscetíveis de serem semelhantes também, tal como acontece com as respostas individuais.¹⁸ Aliás, a prevalência de doenças mentais geralmente varia bastante entre populações de imigrantes.¹⁹

Por outro lado, os desafios encontrados pelas primeiras gerações de imigrantes e as gerações seguintes apresentam vicissitudes diferentes, embora vários estudos mostrem que a prevalência de patologias mentais é mais elevada nos imigrantes, em comparação com a população recetora, sejam eles de primeira ou de segunda geração.^{20,21} De facto, o risco elevado encontrado na primeira geração está também presente na geração seguinte, resultando, por exemplo, num risco aumentado de hospitalização para todos os grupos de diagnóstico.²²

Assim, a migração continua a ser um desafio porque nem todos os migrantes passam pelas mesmas experiências, nem se estabelecem em contextos sociais semelhantes. Nem todos eles se preparam da mesma maneira e as suas motivações para a migração são variáveis, bem como os desafios sociais e psicológicos que encontram pela frente, como é o caso do que se verifica, não só dentro da mesma geração de imigrantes, como entre gerações diferentes. O processo de migração e posterior ajuste cultural e social desempenham um papel chave na saúde mental do indivíduo e, nesse sentido, deve ser tomada em conta uma série de fatores na avaliação e planeamento de estratégias de intervenção que visam o indivíduo no seu contexto social e no contexto dos seus desafios.

1.5 Lei da Saúde Mental e o Internamento Compulsivo

Em Portugal, o internamento involuntário ou compulsivo de pessoas com 14 ou mais anos de idade é regido pela Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98) de 24 de Julho com entrada em vigor em todo o país a partir de janeiro 1999.^{23, 24} Embora esta lei regule os moldes de aplicação do regime de internamento involuntário ou compulsivo, o seu âmbito é mais amplo do que esse. Ela estabelece os princípios gerais que regem a política de saúde mental do país, a abordagem a adotar no desenvolvimento dos cuidados de saúde mental, a constituição das equipas multidisciplinares, a estrutura e competências das instituições, entre outros aspetos.

O internamento involuntário constitui uma restrição à liberdade pessoal e, ainda que o seu objetivo seja puramente terapêutico, na configuração jurídicos ocorre um conflito com o direito constitucional à liberdade individual, direito este que só pode ser limitado por uma sanção imposta por um tribunal de justiça como uma medida preventiva.²³ Ao abrigo do artigo 7º da Lei nº 36/98, considera-se que o internamento compulsivo é efetuado por decisão judicial, sendo o internando um indivíduo portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20º e 27º da referida lei. Considera-se que o mandado de condução à urgência psiquiátrica é uma decisão sob a forma de documento escrito e devidamente autenticado pela entidade emissora.

O artigo 12º da Lei nº 36/98 define os pressupostos necessários à emissão do mandado de condução, isto é, *o portador de anomalia psíquica grave deve constituir, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial; ao recusar submeter-se ao necessário tratamento médico, o indivíduo pode ser internado em estabelecimento adequado; pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.*

Ao abrigo do artigo 23º da Lei nº 36/98 considera-se que, uma vez verificados os pressupostos previstos, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou por requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido a um estabelecimento de saúde especializado para avaliação mental e internamento compulsivo quando tal se justifique.²³

Assim, o internamento compulsivo é um recurso de última linha a considerar em doentes que sofrem de doenças mentais suficientemente graves para não possuírem consciência da necessidade de tratamento e quando os valores em risco têm precedência sobre o valor da liberdade e autonomia pessoal. O regime de internamento tem uma finalidade eminentemente terapêutica e não custodial, sendo uma medida transitória e não definitiva que dura enquanto se verificam os pressupostos legais para internamento compulsivo. Por essa razão, quando é necessário internar involuntariamente um doente, isso significa que a oportunidade de outras intervenções não coercivas foi ultrapassada ou falharam.²⁴

Ao estudar e caracterizar os aspetos sociodemográficos, psicossociais e clínicos dos indivíduos alvo de mandado de condução é possível contribuir para o aprofundamento do conhecimento epidemiológico desta população, facilitando e potenciando um melhor planeamento e distribuição de recursos e de atuação dos serviços psiquiátricos, bem como de estratégias de intervenção junto destes indivíduos.

1.5.1 Epidemiologia

Devido ao ainda não funcionamento do banco de dados criado para a recolha e análise dos internamentos compulsivos executados a nível nacional, ainda não se encontra disponível informação epidemiológica relativa à aplicação do regime de internamento compulsivo em Portugal, exceto o número total de internamentos involuntários efetuados e a proporção destes na totalidade de internamentos psiquiátricos anuais em 1999 (513 internamentos, correspondendo a 2,8% do total de internamentos psiquiátricos) e 2000 (618 internamentos, correspondentes a 3,2%).²⁵

Apesar da indisponibilidade de dados epidemiológicos nacionais, foram realizados alguns estudos a nível local com o objetivo de obter informação relativa a perfis sociodemográficos, psicossociais e clínicos da população estudada, no entanto, sem possibilidade de generalização dos resultados à totalidade da população internada compulsivamente em Portugal.^{26, 27}

1.5.2 Internamentos compulsivos de imigrantes

A falta de estudos nesta área é notória aquando da pesquisa bibliográfica sobre o tema. O artigo *Fators associated with higher risks of emergency compulsory admission for immigrants: a report from the ASAP study*²⁸, publicado no âmbito de dois estudos mais abrangentes (*The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry-I*²⁹ e *The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry-II*³⁰), apresenta alguns resultados referentes à população imigrante na Holanda. Esta investigação analisou todos os episódios de urgência psiquiátrica ocorridos durante um período de 2 anos, concluindo que o risco de internamento involuntário em imigrantes do Suriname, das Antilhas Holandesas, África Subsaariana, Marrocos e outros países não-ocidentais foi significativamente maior do que para os cidadãos holandeses nativos. Depois de controladas as variáveis relativas a características sociodemográficas, de diagnóstico e de história de tratamento psiquiátrico, esta correlação não se manteve. No referido estudo não foi encontrada evidência para comprovar a

hipótese de que a origem étnica desempenha um papel independente na admissão obrigatória emergência.

Uma outra investigação, também realizada na Holanda (*Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands*³¹), analisou 720 casos referenciadas a emergência de serviços de urgência psiquiátricos e concluiu que o risco relativo para contato com os serviços de urgência psiquiátrica, por transtorno psicótico e para admissão involuntária, foi significativamente maior na maioria dos grupos de imigrantes. Marroquinos, surimaneses, e imigrantes das Antilhas Holandesas apresentaram maior risco de internamento compulsivo. Depois de controlar as variáveis de gravidade dos sintomas, perigo, motivação para o tratamento e nível de funcionamento social, a origem não-ocidental dos internados deixou de ser associada a um maior risco de internamento involuntário.

Tendo em conta a sociodemografia dos imigrantes em Portugal, qual a realidade dos internamentos compulsivos destes indivíduos no nosso país? Qual o perfil psicossocial, sociodemográfico e historial clínico do imigrante conduzido compulsivamente à urgência de psiquiatria por mandado de condução? Esses indivíduos apresentam maior risco que os demais cidadãos portugueses ou as eventuais diferenças encontradas não são significativas? São necessários estudos para responder a estas e outras questões pertinentes no contexto e realidade portuguesa e, para tal, é oportuno obter pistas que sugiram futuras investigações. O presente trabalho propõe-se a essa primeira leitura.

1.6 Fundamentação do estudo

O fenómeno da migração constitui um *life event* que ocasiona um conjunto significativo de mudanças na vida de quem toma uma tal decisão. Por um lado, acarreta o deixar laços sociais e afetivos para trás; por outro, porque leva a vivenciar, na primeira pessoa, sentimentos de crise, de perda, de deslocação, de alienação e de isolamento, inerentes a processos de adaptação mais ou menos bem-sucedidos. A série de fatores do ambiente circundante combinados com os elevados níveis de *stress*, os mecanismos individuais de

lidar com ele e de se enraizar de acordo com os próprios traços de personalidade, tanto podem produzir um sentido de capacidade para se restabelecer na nova realidade que encontra, como uma sensação de isolamento e alienação. De facto, de todas as mudanças que uma pessoa pode experienciar ao longo da vida, poucas serão tão intensas, vastas e complexas como as que têm lugar num processo de migração, sendo que essas mudanças são rastilhos potenciais no desenvolvimento ou agravamento de problemas de saúde mental.

Em Portugal, onde a comunidade imigrante corresponde a cerca de 4% da população total, é desconhecida a realidade no respeitante à aplicação do regime de internamento compulsivo a membros desta comunidade e ao envio compulsivo por mandado de condução às urgências de psiquiatria, por alterações graves de comportamento, previstos na Lei de Saúde Mental nº 36/98, de 24 de Julho, bem como no que se refere ao perfil sociodemográfico e psicossocial dos indivíduos alvo destas intervenções. Estes procedimentos, como é sabido, constituem um recurso de última linha a utilizar em doentes que sofrem de doenças mentais e acarretam um conjunto de efeitos sociais, familiares e financeiros que outras intervenções não coercivas não acarretam.

Quando comparado com outras intervenções terapêuticas, o regime de internamento compulsivo, ativado através do mandado de condução, ocorre num grupo reduzido de indivíduos portadores de patologias mentais graves, onde outras intervenções falharam. Importa, por isso, estudar o público-alvo destas ações coercivas no sentido de se identificar quais podem ser as formas mais eficientes de atuar e de canalizar recursos para evitar, tanto quanto possível, a necessidade de se recorrer ao regime de internamento compulsivo, o último dos recursos.

Através da análise de processos relativos a mandados de condução, é possível obter informações sobre quais as características sociodemográficas e psicossociais de quem é conduzido. A par disso, ao estabelecer-se um estudo comparativo entre a população imigrante e a não-imigrante, conseguir-se-á identificar eventuais diferenças relevantes que constituam um ponto de partida para a sua exploração mais aprofundada.

O conhecimento adquirido permite uma melhor alocação de recursos existentes através de uma intervenção social e comunitária mais orientada e

eficiente em populações particularmente vulneráveis ao desenvolvimento ou agravamento de patologia mental, como é o caso dos imigrantes.

1.7 Perguntas de investigação

O presente estudo propõe-se a encontrar respostas para as seguintes perguntas de investigação:

- Qual a proporção de imigrantes alvo de mandado de condução à urgência de psiquiatria na área geográfica da Amadora?
- O perfil sociodemográfico e psicossocial dos imigrantes alvo de mandado de condução à urgência de psiquiatria difere do dos demais indivíduos conduzidos da mesma área geográfica?
- Os diagnósticos clínicos encontrados nos imigrantes alvo de mandado de condução à urgência de psiquiatria são os mesmos que os encontrados nos não imigrantes?
- As proporções relativas aos diagnósticos encontrados são diferentes nos imigrantes e não imigrantes?

1.8 Finalidades e objetivos

1.8.1 Finalidade

São finalidades do trabalho que nos propomos levar a cabo: contribuir para o alargamento da informação na área dos mandados de condução à urgência de Psiquiatria na comunidade imigrante em Portugal, designadamente no que se refere ao perfil sociodemográfico, psicossocial e diagnósticos encontrados nesses indivíduos; providenciar uma base de trabalho para futuras investigações que se revelem pertinentes no contexto enunciado.

1.8.2 Objetivo geral

Detetar eventuais diferenças sociodemográficas, psicossociais e clínicas entre a população de imigrantes alvo de mandados de condução compulsiva à urgência de psiquiatria, na área geográfica da Amadora, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2015, e os demais indivíduos, não imigrantes, igualmente alvo de mandado.

1.8.3 Objetivos específicos

- Determinar a proporção de imigrantes no contexto da população alvo;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e psicossocial (idade, sexo, naturalidade, estado civil, situação coabitacional, situação laboral) da população alvo (imigrantes e não imigrantes);
- Verificar se existem diferenças relevantes entre os perfis encontrados em cada um dos subgrupos em estudo;
- Determinar os principais diagnósticos psiquiátricos encontrados no grupo de imigrantes e no grupo de não-imigrantes se existem diferenças relevantes entre os dois subgrupos.

2. Material e Métodos

2.1 Tipo de estudo

O presente projeto de investigação constitui-se num estudo observacional, descritivo, transversal, com componente analítica, cuja informação relativa às variáveis é colhida através da consulta de registos referentes a mandados de condução à urgência de Psiquiatria, ativados na USP Amadora, num período temporal de 6 anos (janeiro de 2010 a dezembro de 2015) e da consulta do Registo Nacional de Utentes (RNU).

2.2 População em estudo e unidade de observação

A população em estudo é constituída por todos os indivíduos que foram alvo de mandados de condução à urgência de Psiquiatria ativados na USP Amadora, no período compreendido entre 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2015. Essa mesma população foi caracterizada quanto à sua condição de imigrante ou de não-imigrantes através da variável *Imigrante*. A unidade de observação é, assim, o indivíduo que foi alvo de mandado.

2.3 Definição de caso

Todo e qualquer indivíduo alvo de mandado de condução ativado na USP da Amadora, no período em estudo, para observação em serviço de urgência de psiquiatria.

2.4 Critérios de inclusão gerais

- Indivíduos com residência no concelho da Amadora;
- Indivíduos que foram alvo de mandado de condução à urgência de psiquiatria ativado na USP Amadora no período compreendido entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2015, inclusive;

2.5 Critérios de inclusão no subgrupo de imigrantes

- Indivíduos com residência no concelho da Amadora;
- Indivíduos que foram alvo de mandado de condução à urgência de psiquiatria ativado na USP Amadora no período compreendido entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2015, inclusive.
- *Indivíduos (nacionais ou estrangeiros) que entraram no país com a intenção de aqui permanecer por um período igual ou superior a um ano, tendo residido no estrangeiro por um período contínuo igual ou superior a um ano* (definição INE).

De referir que esta definição do INE exclui imigrantes de segunda geração que, sendo também eles imigrantes, de acordo com as definições sociológicas, não são abrangidos pelo conceito de movimento migratório uma vez que nascem, na sua maioria, no país para onde migram os seus pais. Assim, no presente estudo os imigrantes de segunda geração não foram incluídos no subgrupo de imigrantes.

2.6 Fontes de informação e colheita dos dados

As fontes de informação escolhidas para recolha de dados foram os processos referentes a mandados de condução ativados na USP Amadora no período em análise, completando e/ou confirmando algumas das variáveis através da consulta do RNU.

2.7 Considerações éticas

No sentido de respeitar os aspetos éticos que pudessem ser motivados com a realização de projetos de investigação, o investigador submeteu o protocolo às Comissões de Ética relevantes para o efeito de realização do trabalho, nomeadamente à Comissão de Ética da ARS LVT (Anexo C). Tendo em conta a informação que se pretendia consultar, foram colhidos elementos

de identificação pessoal no sentido de identificar possíveis casos de mandados de condução múltiplos referentes ao mesmo indivíduo. No entanto, o investigador está sujeito à obrigatoriedade de manter o anonimato dos indivíduos estudados assim como preservar a segurança das bases de dados construídas, pelo que a confidencialidade foi, assim, garantida pela idoneidade do investigador, que foi o único elemento a recolher, a tratar e conservar os dados recolhidos durante a realização deste estudo.

2.8 Variáveis

As variáveis consideradas para o desenvolvimento do estudo e o seu plano de operacionalização encontram-se no Anexo A. Estas agrupam-se em variáveis sociodemográficas (idade, sexo, naturalidade, estado civil), psicossociais (imigrante, situação coabitacional, situação laboral), de registo (data do mandado de condução, solicitação do mandado de condução) e de caracterização da doença (diagnóstico, violência, seguimento em psiquiatria).

As patologias são agrupadas em grandes grupos de perturbações, listadas no mesmo anexo B. Os diagnósticos listados no mesmo anexo correspondem aos presentes nos registos clínicos anexados como informação clínica ao processo de mandado de condução.

Os softwares utilizados para registo e análise estatística dos dados obtidos foram o Microsoft Excel 2013 e o IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) Statistics 22.

2.9 Plano de análise dos dados

Foi realizada, através da análise estatística, uma análise descritiva inicial de todas as variáveis relevantes. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central (média, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude de variação). Para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências relativas e absolutas.

Numa segunda fase procedeu-se à análise estatística inferencial, definindo um intervalo de confiança a 95% e um nível de significância (p) de 0.05, para determinar as associações entre condição de imigrante e não-imigrante com as variáveis independentes, bem como outras associações entre variáveis que se mostraram pertinentes. Usaram-se os métodos de Qui-Quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, para comparações com variáveis categóricas, e o teste t de Student e teste Mann-Whitney, para comparações com variáveis numéricas.

3. Resultados

3.1 Amostra

Foram analisados 338 mandados de condução correspondentes a 248 indivíduos, havendo, por consequência, em vários casos mais que um mandato de condução por pessoa no período em estudo.

Os anos de 2011 e 2013 correspondem aos períodos em que se emitiram mais mandados de condução (19,2%) e 2010 o ano com menor número de mandados emitidos (13,3%) (Figura 5).

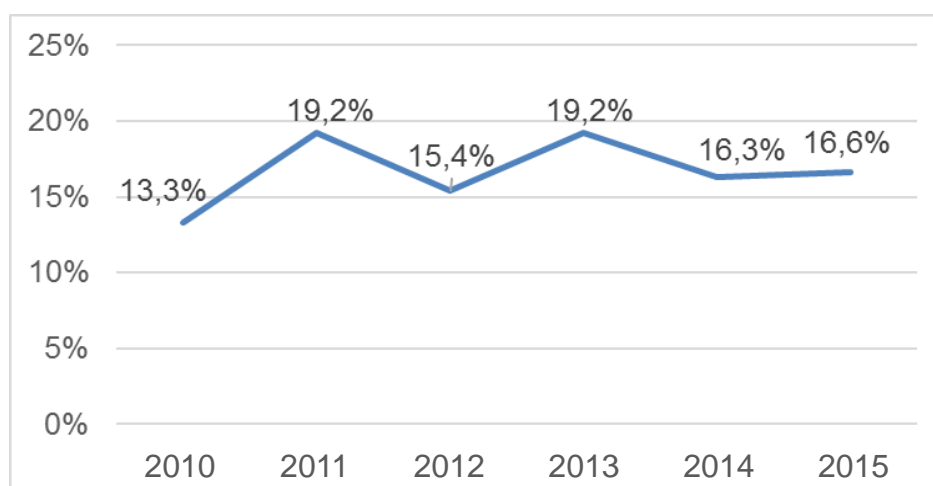


Figura 5. Distribuição do número de mandados emitidos por ano no período em estudo

3.2 Análise descritiva dos dados

3.2.1 Análise geral

Foram analisados 338 mandados de condução, 62,7% dos quais correspondem a indivíduos do sexo masculino (n=212) e 37,3% a indivíduos do sexo feminino (n=126) (Quadro V). A média de idades dos indivíduos conduzidos (ambos os sexos) é de 44,9 (min-máx:17-89; desvio padrão= 16,06). No entanto, a média de idades das mulheres é superior à dos homens (51,6 e 40,9, respetivamente). Cerca de 47% (n= 159) dos indivíduos encontram-se nas faixas etárias dos 31 aos 50 anos, sendo que a maior

prevalência de mandados de condução corresponde à faixa etária compreendida entre os 36 e os 40 anos (12,7%).

Quadro V. Análise descritiva geral das variáveis sociodemográficas e psicossociais

Variável		(n=338)
Sexo	Masculino	212 (62,7%)
	Feminino	126 (37,3%)
Idade Média (dp); Min-máx		44,90 ($\pm 16,06$); 17-89
Faixa Etária	17-20	9 (2,7%)
	21-25	24 (7,1%)
	26-30	33 (9,8%)
	31-35	39 (11,5%)
	36-40	43 (12,7%)
	41-45	42 (12,4%)
	46-50	35 (10,4%)
	51-55	28 (8,3%)
	56-60	29 (8,6%)
	61-65	21 (6,2%)
	66-70	4 (1,2%)
	70-90	31 (9,2%)
Naturalidade	Portugal	247 (73,1%)
	Cabo Verde	39 (11,5%)
	Guiné Bissau	18 (5,3%)
	Angola	17 (5,0%)
	São Tomé	6 (1,8%)
	Moçambique	4 (1,2%)
	Brasil	4 (1,2%)
	África do Sul	1 (0,3%)
	Índia	1 (0,3%)
	Venezuela	1 (0,3%)
Nacionalidade	Portugal	319 (94,4%)
	Cabo Verde	10 (3,0%)
	Angola	4 (1,2%)
	Guiné Bissau	2 (0,6%)
	São Tomé	1 (0,3%)
	Brasil	1 (0,3%)
	Reino Unido	1 (0,3%)
Estado Civil	Casado(a)	84 (24,9%)
	Solteiro(a)	130 (38,5%)
	Divorciado(a)	21 (6,2%)
	Viúvo(a)	8 (2,4%)
	(não registado)	95 (28,1%)
Coabitação	Acompanhado(a)	232 (68,6%)
	Sozinho(a)	33 (9,8%)
	(não registado)	73 (21,6%)
Situação Laboral	Ativo(a)	150 (44,4%)
	Desempregado(a) /Não ativo(a)	76 (22,5%)
	Reformado(a)	98 (29,0%)
	(não registado)	14 (4,1%)

A maioria dos indivíduos (73,1%; n= 247) é natural de Portugal, sendo a naturalidade estrangeira mais prevalente a de Cabo Verde (11,5%), seguida da Guiné Bissau (5,3%) e de Angola (5,0%). Por outro lado, 94,4% dos indivíduos conduzidos tem nacionalidade portuguesa, havendo 3,0% de Cabo-verdianos e 1,2% de angolanos, seguidos de outras nacionalidades menos prevalentes.

Relativamente ao estado civil, 38,5% corresponde a solteiros(as) e 24,9% a casados, havendo ainda registo de 6,2% de divorciados e 2,4% de viúvos. De referir que em 28,1% (n= 95) dos casos não se encontrou informação registada para esta variável.

A maioria dos indivíduos vive acompanhada (68,6%), comparativamente com 9,8% que vivem sozinhos. Em 21,6% (n= 73) dos casos estudados não se conseguiu obter informação relativa a esta variável.

Em 44,4% a situação laboral é ativa, 22,5% estão desempregados ou não ativos (por exemplo, a estudantes) e 29,0% encontram-se reformados. Em 4,1% (n= 14) dos indivíduos estudados não havia informação disponível.

A análise das variáveis correspondentes a registo e caracterização da doença (Quadro VI) mostra que 73,1% (n= 247) dos pedidos de ativação dos mandados de condução é feita pela Equipa de Psiquiatria Comunitária. Os médicos de família são o segundo grupo de profissionais a solicitar a emissão de mandados (9,5%), seguidos de médicos psiquiatras de outras instituições, públicas ou privadas (7,7%). A família ocupa apenas a quarta posição com 3,3% dos pedidos solicitados. Outras fontes de pedidos de ativação de mandados referem-se a psicólogos, assistentes sociais, PSP, médicos de outras especialidades, entre outros.

Os diagnósticos de maior prevalência referem-se ao grupo de diagnóstico *Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas* (49,7%; n= 168)) seguido do grupo de *Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas* (19,2%; n= 65). Outros diagnósticos apresentam prevalências mais baixas, compreendidas entre 1,2% e 5,6%. Em 14,2% dos casos não havia registo de diagnóstico psiquiátrico.

A variável referente a comportamentos de violência mostra que a maioria (50,9%) dos indivíduos não os apresenta, e nos casos em que se observam

comportamentos agressivos, 38,5% deles é dirigido a terceiros. Em 2,4% de casos esse comportamento é autodirigido e em 1,2% apresenta características mistas.

Relativamente a seguimento em Psiquiatria, a maioria dos indivíduos conduzidos (78.7%; n=266) apresentava registo de contacto com aquela especialidade. No entanto, não foi possível determinar se o mesmo se mantinha ou não à data do mandado.

Quadro VI. Análise descritiva geral das variáveis de registo e de caracterização da doença

Variável		(n=338)
Solicitação Mandado	Equipa. Psiq. Comunitária	247 (73,1%)
	Médico Família	32 (9,5%)
	Médico Psiquiatra	26 (7,7%)
	Família	11 (3,3%)
	Psicólogo	4 (1,2%)
	Assistente Social	2 (0,6%)
	PSP	3 (0,9%)
	Outros médicos	2 (0,6%)
	Outros	11 (3,3%)
Diagnóstico	Pert. do Neurodesenvol.	8 (2,4%)
	Espectro da Esquizofrenia e Outras Pert. Psicóticas	168 (49,7%)
	Pert. Bipolar e Pert. Relacionadas	65 (19,2%)
	Pert. Depressivas	7 (2,1%)
	Pert. Obsessivo-Compulsiva e Pert. Relacionadas	4 (1,2%)
	Pert. Relacionadas com Substâncias e Pert. Aditivas	4 (1,2%)
	Pert. Neurocognitivas	6 (1,8%)
	Pert. da Personalidade	9 (2,7%)
	Outros	19 (5,6%)
	(não registado)	48 (14,2%)
Violência	Sem comp. violentos	172 (50,9%)
	Com comp. heteroviolento	130 (38,5%)
	Com comp. autoviolento	8 (2,4%)
	Com agressividade mista	5 (1,5%)
	(não registado)	23 (6,8%)
Registo de seguimento em Psiq.	Sem seguimento anterior	51 (15,1%)
	Com seguimento anterior	266 (78,7%)
	(não registado)	21 (6,2%)

3.2.2 Análise comparativa entre não-imigrantes versus imigrantes

Dos 338 mandados de condução analisados, 73,1% (n=247) correspondem a não-imigrantes e 26,9% (n=91) correspondem a imigrantes (Figura 6). Em ambos os grupos, a maior proporção desses mandados refere-se a homens (não-imigrantes: 61,9% homens e 38,1% mulheres; imigrantes: 64,8% homens e 35,2 mulheres) (Quadro VII).

A idade média dos imigrantes é inferior à dos não imigrantes [$42,04 \pm 15,63$ e $45,96 \pm 16,12$] e, em ambos os grupos, os homens apresentam uma idade média inferior à das mulheres [não-imigrantes: 42,4 (homens) e 51,3 (mulheres); imigrantes: 36,0 (homens) e 52,1 (mulheres)]. Os imigrantes do sexo masculino apresentam, assim, a média mais baixa de idades.

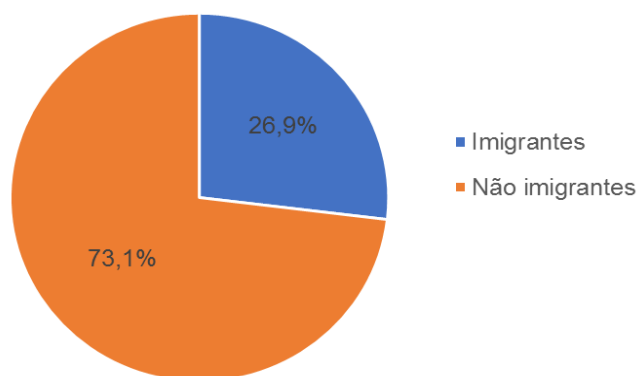


Figura 6: Proporção de mandados de condução de não-imigrantes e imigrantes

No subgrupo dos não-imigrantes, a maior proporção de indivíduos alvo de mandados de condução por faixa etária corresponde aos 41-45 anos (13,4%), enquanto que nos imigrantes, a maior proporção de indivíduos corresponde à faixa etária dos 36-40 anos (16,5%), havendo, ainda, uma marcada proporção de indivíduos (14,3%) concentrada na faixa etária dos 21-25 anos, situação que não se verifica nos não-imigrantes (4,5%).

Quanto aos países de origem dos imigrantes estudados a nacionalidade estrangeira mais prevalente corresponde à cabo-verdiana (42,9%), seguido dos guineenses e (19,8%) e angolanos (18,7%). Do conjunto de resultados obtidos para esta variável, a maioria (96,7%) é oriunda dos PALOP. Por outro lado, a maioria dos imigrantes (79,1%) adquiriu nacionalidade portuguesa.

Em relação à variável *Estado Civil*, as proporções de casados (28,6%) e de divorciados (8,8%) é superior nos imigrantes [imigrantes: 28,6% (casados) e 8,8% (divorciados; não-imigrantes: 23,5% (casados) e 5,3% (divorciados)], ao contrário do que acontece com as proporções de solteiros e de casados (estas são superiores nos não-imigrantes).

Quadro VII. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e psicossociais em não-imigrantes e imigrantes

Grupo/ Variável		Não-imigrantes (n=247)	Imigrantes (n=91)
Sexo		Masculino 153 (61,9%) Feminino 94 (38,1%)	Masculino 59 (64,8%) Feminino 32 (35,2%)
Idade Média (dp); Min-máx		45,96 ($\pm 16,12$); 17-89	42,04 ($\pm 15,63$); 17-81
Faixa Etária	17-20	5 (2,0%)	4 (4,4%)
	21-25	11 (4,5%)	13 (14,3%)
	26-30	28 (11,3%)	5 (5,5%)
	31-35	28 (11,3%)	11 (12,1%)
	36-40	28 (11,3%)	15 (16,5%)
	41-45	33 (13,4%)	9 (9,9%)
	46-50	26 (10,5%)	9 (9,9%)
	51-55	22 (8,9%)	6 (6,6%)
	56-60	22 (8,9%)	7 (7,7%)
	61-65	16 (6,5%)	5 (5,5%)
	66-70	4 (1,6%)	--
	70-90	24 (9,7%)	7 (7,7%)
Naturalidade	Portugal	247 (100%)	--
	Cabo Verde	--	39 (42,9%)
	Guiné Bissau	--	18 (19,8%)
	Angola	--	17 (18,7%)
	São Tomé	--	6 (6,5%)
	Moçambique	--	4 (4,4%)
	Brasil	--	4 (4,4%)
	África do Sul	--	1 (1,1%)
	Índia	--	1 (1,1%)
	Venezuela	--	1 (1,1%)
Nacionalidade	Portugal	247 (100%)	72 (79,1%)
	Cabo Verde	--	10 (11,0%)
	Angola	--	4 (4,4%)
	Guiné Bissau	--	2 (2,2%)
	São Tomé	--	1 (1,1%)
	Brasil	--	1 (1,1%)
	Reino Unido	--	1 (1,1%)

Estado Civil	Casado(a)	58 (23,5%)	26 (28,6%)
	Solteiro(a)	99 (40,1%)	31 (34,1%)
	Divorciado(a)	13 (5,3%)	8 (8,8%)
	Viúvo(a)	7 (2,8%)	1 (1,1%)
	(não registado)	70 (28,3%)	25 (27,5%)
Coabitação	Acompanhado(a)	167 (67,6%)	65 (71,4%)
	Sozinho(a)	26 (10,5%)	7 (7,7%)
	(não registado)	54 (21,9%)	19 (20,9%)
Situação Laboral	Ativo(a)	100 (40,5%)	50 (54,9%)
	Desempregado(a)	55 (22,3%)	21 (23,1%)
	/Não ativo(a)		
	Reformado(a)	82 (33,2%)	16 (17,6%)
	(não registado)	10 (4,0%)	4 (4,4%)

Relativamente à situação de coabitação, verifica-se que nos imigrantes existe uma maior proporção de indivíduos que vivem acompanhados (71,4%) quando comparado com os não-imigrantes (67,6%).

A maior proporção de indivíduos em situação laboral ativa encontra-se no subgrupo de imigrantes (54,9%, versus 40,5% nos não-imigrantes), havendo, por outro lado, um maior número de não-imigrantes reformados (33,2%, versus 17,6% nos imigrantes).

A análise por subgrupo das variáveis de registo e de caracterização da doença (Quadro VIII) mostra que a Equipa de Psiquiatria Comunitária da Amadora foi a principal fonte de pedidos para ativação de mandados de condução quer de não-imigrantes, quer de imigrantes. Contudo, essa proporção um pouco superior nos imigrantes (78,0% nos imigrantes versus 71,3% nos não-imigrantes). Os médicos de Medicina Geral e Familiar foram, também em ambos os subgrupos, o segundo grupo de profissionais a solicitarem a ativação de mandados de condução (10,1% nos não-imigrantes e 7,7% nos imigrantes). Os médicos psiquiatras, particulares ou de outras instituições públicas ou privadas que não o hospital de referência da área geográfica da Amadora, solicitaram emissão de mandado de condução em 8,5% dos casos de não-imigrantes e 5,5% de imigrantes. A família ocupa apenas a 4ª posição da fonte de pedidos de ativação de mandado de condução quer nos não-imigrantes, quer nos imigrantes.

As patologias do *Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas* ocupam o primeiro lugar de diagnósticos associados aos mandados de condução emitidos em ambos os subgrupos, embora a percentagem destes diagnósticos seja superior no subgrupo de imigrantes (52,8% de imigrantes e 48,2% de não-imigrantes). O segundo grande grupo de patologias mais prevalentes corresponde a *Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas*, verificando-se que, neste caso, a percentagem encontrada é superior em não-imigrantes (21,1% versus 14,3% em imigrantes). As *Perturbações do Neurodesenvolvimento e Perturbações Depressivas* foram os grupos de patologias, a seguir às já mencionadas, com maior prevalência em imigrantes (5,5% para ambos os grupos de diagnóstico). No entanto, no caso dos não-imigrantes, o grupo *Outros* ocupa o referido lugar neste subgrupo (6,9%).

A variável *Violência* foi incluída neste estudo após reunião de preparação deste trabalho junto da equipa da USP da Amadora, local onde decorreu a investigação e onde foram analisados os mandados de condução emitidos por aquela unidade de saúde. Os profissionais transmitiram a pertinência em conhecer melhor esta dimensão do comportamento que, de acordo com a sua experiência profissional e perceção empírica, se associa com bastante frequência a pedidos de ativação de mandados de condução naquela unidade. Em ambos os subgrupos não se verificaram nos registos referências a comportamentos violentos em mais de 50% dos casos (50,6% nos não-imigrantes e 51,6% nos imigrantes) e os comportamentos violentos registados foram, sobretudo, dirigidos a terceiros (36,4% nos não-imigrantes e 44% nos imigrantes). Apenas no subgrupo de não-imigrantes foram registados casos de violência autodirigida e casos de agressividade mista (auto e heterodirigida), mas em proporções bastante inferiores (2,4% e 1,5%, respetivamente).

A distribuição por diagnósticos específicos encontrados nos mandados de condução analisados está descrita no Quadro VIII. O diagnóstico de Esquizofrenia (*Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas*) é, em ambos os subgrupos, o mais prevalente de todas as patologias encontradas, seguido, também em ambos os subgrupos, de Doença Bipolar (*Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas*). O diagnóstico de Psicose Sem Outra Especificação (*Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações*

Psicóticas) é a terceira patologia psiquiátrica mais prevalente em não-imigrantes e imigrantes, sendo que, neste último subgrupo, apresenta a mesma prevalência que Perturbação Delirante (*Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas*), Depressão com Ideação Suicida (*Perturbações Depressivas*) e Défice Cognitivo (*Perturbações do Neurodesenvolvimento*). De referir que alguns diagnósticos foram encontrados em imigrantes mas não em não-imigrantes (e vice-versa).

Relativamente aos registos de acompanhamento clínico anterior em Psiquiatria, verifica-se que em 15,0% de não-imigrantes e em 15,4% de imigrantes não houve seguimento anterior por aquela especialidade, pelo que, em ambos os subgrupos e à data da emissão dos mandados de condução, a maioria dos indivíduos teve contacto prévio com aqueles cuidados de saúde (78,1% de não-imigrantes e 80,2% de imigrantes).

Quadro VIII. Análise descritiva das variáveis de registo e de caracterização da doença em não-imigrantes e imigrantes

Subgrupo/ Variável		Não-imigrantes (n=247)	Imigrantes (n=91)
Solicitação Mandado	Equipa. Psiq. Comunitária	176 (71,3%)	71 (78,0%)
	Médico Família	25 (10,1%)	7 (7,7%)
	Médico Psiquiatra	21 (8,5%)	5 (5,5%)
	Família	9 (3,6%)	2 (2,2%)
	Psicólogo	3 (1,2%)	1 (1,1%)
	Assistente Social	2 (0,8%)	0 (0,0%)
	PSP	2 (0,8%)	1 (1,1%)
	Outros médicos	1 (0,4%)	1 (1,1%)
	Outros	8 (3,2%)	3 (3,3%)
Diagnóstico	Pert. do Neurodesenvol.	3 (1,2%)	5 (5,5%)
	Espectro da Esquizofrenia e Outras Pert. Psicóticas	119 (48,2%)	49 (53,8%)
	Pert. Bipolar e Pert. Relacionadas	52 (21,1%)	13 (14,3%)
	Pert. Depressivas	2 (0,8%)	5 (5,5%)
	Pert. Obsessivo-Compulsiva e Pert. Relacionadas	4 (1,6%)	0 (0,0%)
	Pert. Relacionadas com Substâncias e Pert. Aditivas	3 (1,2%)	5 (1,1%)
	Pert. Neurocognitivas	5 (2,0%)	1 (1,1%)
	Pert. da Personalidade	7 (2,8%)	2 (2,2%)
	Outros	17 (6,9%)	2 (2,2%)
	(não registado)	35 (14,2%)	13 (14,3%)

Violência	Sem comp. violentos	125 (50,6%)	47 (51,6%)
	Com comp. heteroviolento	90 (36,4%)	40 (44,0%)
	Com comp. autoviolento	8 (3,2%)	0 (0,0%)
	Com agressividade mista	5 (2,0%)	0 (0,0%)
	(não registado)	19 (7,7%)	4 (4,4%)
Registo de seguimento em Psiqu.	Sem seguimento anterior	37 (15,0%)	14 (15,4%)
	Com seguimento anterior	193 (78,1%)	73 (80,2%)
	(não registado)	17 (6,9%)	4 (4,4%)

Quadro IX. Prevalência de diagnósticos psiquiátricos por subgrupo

Diagnósticos	Não-imigrantes (n=247)	Imigrantes (n=91)
Esquizofrenia	102 (41,3%)	35 (38,5%)
Doença Bipolar	52 (21,0%)	13 (14,3%)
Perturbação Delirante	--	5 (5,5%)
Depressão com Ideação Suicida	--	5 (5,5%)
Psicose SOE	11 (4,4%)	5 (5,5%)
Perturbação da Personalidade	--	2 (2,2%)
Perturbação Esquizoafetiva	7 (2,8%)	1 (1,1%)
Psicose Não-Orgânica Não Especificada	5 (2,0%)	1 (1,1%)
Síndrome Demencial	5 (2,0%)	1 (1,1%)
Tentativa de Suicídio	5 (2,0%)	--
Perturbação Obsessivo-Compulsiva Grave	4 (1,9%)	--
Défice Cognitivo	3 (1,2%)	5 (5,5%)
Psicose Paranóide	3 (1,2%)	2 (2,2%)
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	3 (1,2%)	1 (1,1%)
Depressão Psicótica	2 (0,8%)	--
Distúrbio do Controlo de Impulsos, NE	1 (0,4%)	--
Perturbação Disruptiva do Comportamento	1 (0,4%)	--
Não registado	44 (17,4%)	15 (16,4%)

3.3 Análise estatística inferencial

3.3.1 Associações entre a variável *Imigrante* e algumas variáveis independentes

Para a investigação de possíveis associações entre algumas das variáveis independentes e a variável *Imigrante* procedeu-se à dicotomização das variáveis categóricas *Estado Civil* [Casado(a); outro estado], *Situação Laboral* [Ativo(a); Não ativo(a)] e *Violência* (Sim; Não). Além disso, cada um dos grandes grupos de diagnósticos psiquiátricos foi considerado individualmente.

Quadro X. Análise de possíveis associações entre algumas variáveis independentes e a variável *Imigrante*

Variável em análise	Valores	Não-imigrantes	Imigrantes	Valor p
Sexo	Masculino Feminino	115 (61,5%) 72 (38,5%)	36 (59,0%) 25 (41,0%)	p= 0,730 ¹
Idade	[Média (dp); Min-máx]	45,96 (\pm 16,12); 17-89	42,04 (15,63); 17-81	p= 0,150 ²
Coabitação	Acompanhado(a) Sozinho(a)	23 (15,2%) 128 (84,8%)	6 (11,3%) 47 (88,7%)	p= 0,483 ¹
Situação Laboral	Ativo(a) Não ativo(a)	70 (38,9%) 110 (61,1%)	30 (52,6%) 27 (47,4%)	p= 0,067 ¹
Pert. Neurodesenvolv.	Não Sim	153 (99,4%) 1 (0,6%)	47 (95,9%) 2 (4,1%)	p= 0,083 ¹
Espectro Esquizofrenia/ Outras Pert. Psic.	Não Sim	69 (44,8%) 85 (55,2%)	20 (40,8%) 29 (59,2%)	p= 0,624 ¹
Pert. Bipolar e Pert. Relacionadas	Não Sim	117 (76,0%) 37 (24,0%)	38 (77,6%) 11 (22,4%)	p= 0,821 ¹
Pert. Depressivas	Não Sim	153 (99,4%) 1 (0,6%)	48 (98,0%) 1 (2,0%)	p= 0,390 ¹
Pert. Obsessivo- Compulsivas e Pert. Rel.	Não Sim	153 (99,4%) 1 (0,6%)	49 (100%) 0 (0,0%)	p= 0,572 ¹
Pert. Rel. Substâncias e Pert. Aditivas	Não Sim	151 (98,1%) 3 (1,9%)	48 (98,0%) 1 (2,0%)	p= 0,968 ¹
Pert. Neurocognitivas	Não Sim	150 (97,4%) 4 (2,6%)	48 (98,0%) 1 (2,0%)	p= 0,827 ¹
Pert. Personalidade	Não Sim	149 (96,8%) 5 (3,2%)	47 (95,9%) 2 (4,1%)	p= 0,780 ¹
Outros grupos de diagnóstico	Não Sim	137 (89,0%) 17 (11,0%)	47 (95,9%) 2 (4,1%)	p= 0,145 ¹
Violência	Não Sim	89 (51,7%) 83 (48,3%)	33 (55,9%) 26 (44,1%)	p= 0,578 ¹
Reg. de seguimento em Psiquitria	Não Sim	34 (20,0%) 136 (80,0%)	13 (22,4%) 45 (77,6%)	p= 0,695 ¹

nr- não registado; 1- Teste Qui-quadrado de Pearson; 2- Teste de Mann-Whitney

Não se encontraram associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$; IC: 95%) entre a variável imigrante e as variáveis independentes selecionadas (Quadro X).

3.3.2 Associações entre a variável *Recorrência de Mandado* e algumas variáveis independentes

A análise dos dados obtidos para a variável *Recorrência de mandato* mostrou que quase cerca de 1 em cada 4 indivíduos (21,9% e 24,6% em não-imigrantes e imigrantes, respetivamente) teve recorrência de mandato (Figura 7). Embora em ambos os grupos a maioria dos indivíduos tenha sido alvo de apenas um mandato de condução no período em estudo (78,1% de não-imigrantes e 75,4% de imigrantes), os restantes casos correspondem a 2 ou mais mandados (até um total encontrado 5) ativados para o mesmo indivíduo no referido período.

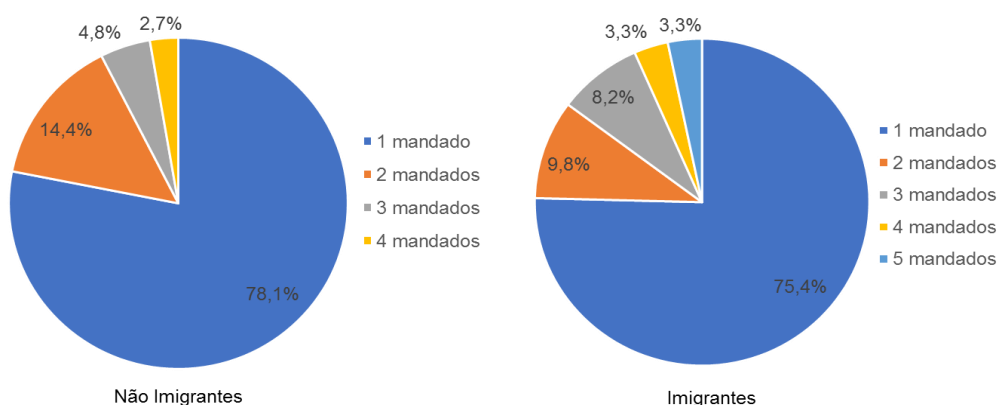


Figura 7: Mandados de condução emitidos por indivíduo, por subgrupo

Enquanto que indivíduos alvo de 2 mandados de condução no período em estudo foi superior nos não-imigrantes (14,4% versus 9,8% em imigrantes), a prevalência de indivíduos alvo de 3 ou mais mandados de condução foi quase o dobro no subgrupo de imigrantes (14,8% versus 7,5% em não-imigrantes). Também apenas neste subgrupo se encontraram casos de 5 mandados de condução emitidos para um único indivíduo no período em estudo.

Os valores encontrados para a repetição de mandados de condução, o último recurso a dever ser usado na escada de prestação de cuidados de saúde mental, levantam questões não só sobre o valor da sua prevalência, como quais poderão ser as variáveis de múltiplas dimensões que contribuem para a repetição deste fenómeno.

Assim, no sentido de perceber se algumas das variáveis incluídas neste estudo estão associadas a recorrência de mandado, procedeu-se à análise de associações entre estas e a variável recorrência de mandado (Quadro XII). Desta análise obteve-se uma associação estatisticamente significativa para *Perturbações Depressivas e Outros grupos de diagnóstico*.

Quadro XI. Análise de possíveis associações entre algumas variáveis independentes e a variável *Recorrência de Mandado*

Variável em análise	Valores	Sem recorrência (n=192)	Com recorrência (n=56)	Valor p
Sexo	Masculino Feminino	116 (76,8%) 76 (78,4%)	35 (23,2%) 21 (21,6%)	p= 0,779 ¹
Idade	[Média (dp); Min-máx]	47,05 (±17,36); 17-89	41,9 (±13,83); 21-80	p= 0,172 ²
Imigrante	Não Sim	146 (78,1%) 46 (75,4%)	41 (21,9%) 15 (24,6%)	p= 0,666 ¹
Coabitação	Acompanhado(a) Sozinho(a)	24 (2,8%) 141 (80,6%)	5 (17,2%) 34 (19,4%)	p= 0,781 ¹
Situação Laboral	Ativo(a) Não ativo(a)	71 (71,0%) 112 (81,8%)	29 (29,0%) 25 (18,2%)	p= 0,051 ¹
Pert. Neurodesenvolv.	Não Sim	151 (75,0%) 1 (33,3%)	50 (25,0%) 2 (66,7%)	p= 0,101 ¹
Espectro Esquizofrenia/ Outras Pert. Psic.	Não Sim	65 (73,0%) 86 (75,4%)	24 (27,0%) 28 (24,6%)	p= 0,6971 ¹
Pert. Bipolar e Pert. Relacionadas	Não Sim	118 (76,1%) 33 (68,8%)	37 (23,9%) 15 (31,3%)	p= 0,306 ¹
Pert. Depressivas	Não Sim	151 (75,1%) 0 (0,0%)	50 (24,9%) 2 (100%)	p= 0,015¹
Pert. Obsessivo-Compulsivas e Pert. Rel.	Não Sim	151 (74,8%) 0 (0,0%)	51 (25,2%) 1 (100%)	p= 0,088 ¹
Pert. Rel. Substâncias e Pert. Aditivas	Não Sim	147 (73,9%) 4 (100%)	52 (26,1%) 0 (0,0%)	p= 0,236 ¹
Pert. Neurocognitivas	Não Sim	146 (73,7%) 5 (100%)	52 (26,3%) 0 (0,0%)	p= 0,184 ¹
Pert. Personalidade	Não Sim	147 (75,0%) 4 (57,1%)	49 (25,0%) 3 (42,9%)	p= 0,288 ¹
Outros grupos de diagnóstico	Não Sim	133 (72,3%) 18 (94,7%)	51 (27,7%) 1 (5,3%)	p= 0,033¹
Violência	Não Sim	101 (82,8%) 80 (73,4%)	21 (17,2%) 29 (26,6%)	p= 0,084 ¹

nr- não registado; 1- Teste Qui-quadrado de Pearson; 2- Teste de Mann-Whitney

4. Discussão

4.1 Discussão dos resultados obtidos

Tendo em conta a proporção de mandados de condução correspondentes a imigrantes, que no total dos 6 anos estudados foi de 26,9%, é importante perceber se esse valor é superior ou inferior à proporção de imigrantes na área geográfica estudada. Estando disponíveis os dados anuais de imigrantes residentes naquele concelho (Quadro X), que também permitem perceber variações no total dessa população, é possível calcular a proporção anual aproximada de imigrantes naquele concelho usando como denominador os últimos dados do Census referente à população total residente na Amadora.

Quadro XII: Imigrantes Permanentes (Nº) Anual no Concelho da Amadora

Período de referência dos dados	Imigrantes permanentes
2010	27 575
2011	19 667
2012	14 606
2013	17 554
2014	19 516
2015	29 896

Fonte: INE

De acordo com o Census 2011 (INE), a população total residente no concelho em estudo era, a essa data, de 175.136 pessoas. Utilizando este valor obtemos as proporções apresentadas no Quadro XI, referentes a mandados de condução de imigrantes e proporção de imigrantes no concelho da Amadora por ano estudado.

Como se pode constatar a partir destes valores, o número de mandados de condução de imigrantes foi superior, em todos os anos analisados, ao esperado tendo em conta o peso percentual de imigrantes naquela população. Mesmo tendo em conta as habituais variações anuais no denominador, esta tendência mantém-se, sendo mais evidente nos anos de 2014 e 2013. É importante, pois, salientar estas prevalências.

Quadro XIII: Percentagem de mandados de condução de imigrantes e percentagem de imigrantes no concelho da Amadora, por ano estudado.

Ano	% de mandados de condução de imigrantes	% de imigrantes no concelho da Amadora
2010	24,4%	15,7%
2011	24,6%	11,2%
2012	21,1%	8,3%
2013	27,7%	10,0%
2014	32,7%	11,1%
2015	30,4%	17,1%

A população de imigrantes estudados apresenta uma idade média inferior ao outro subgrupo analisado (não-imigrantes), o que não constitui surpresa tendo em conta a composição demográfica desta população (indivíduos maioritariamente em idade ativa). Tais dados permitem inferir os efeitos que as doenças mentais nestas populações podem ter em distintas dimensões da sociedade por nelas estarem envolvidos, sobretudo, indivíduos em idade ativa, que contribuem para a economia local e de tais patologias afetarem a sua capacidade de serem cidadãos ativos plenos.

Também os países de origem dos imigrantes estudados vão de encontro à informação disponível sobre esta população no Concelho da Amadora, sendo Cabo Verde, seguido de Guiné Bissau e Angola os países originários mais encontrados nos mandados de condução de imigrantes. Apenas os valores encontrados para os imigrantes brasileiros não vão de encontro ao esperado, estado abaixo do previsto. Tal levanta a questão de que fatores poderão influenciar estes resultados. Por um lado, que eventuais fatores podem proteger os imigrantes brasileiros relativamente à sua saúde mental, por outro lado, que possíveis fatores podem tornar mais vulneráveis os imigrantes de outros países de origem. De referir ainda que 79,1% dos imigrantes estudados adquiriu nacionalidade portuguesa.

A informação disponível no RNU, a principal fonte de informação colhida para as variáveis *estado civil*, *coabitação* e *situação laboral*, revelou diferentes níveis de registo e alguma dessa informação pode não estar atualizada (embora não seja possível determina-lo de forma segura), pelo que a análise dos dados aí colhidos deverá ter isso em conta. Relativamente à informação disponível verificou-se que os não registos no RNU referentes ao estado civil

do utente ronda os 28%, em ambos os subgrupos, e os de coabitação ronda os 21%. Apenas os campos relativos à situação laboral dos utentes apresentam um não preenchimento abaixo dos 4,4%.

Através da análise da informação colhida referente às variáveis acima mencionadas, o subgrupo de imigrantes parece beneficiar de um contexto mais protetor que os não-imigrantes, não só porque os primeiros apresentam um maior número de indivíduos casados (embora o número de divorciados seja também mais elevado neste grupo) e menor número de solteiros, mas também porque uma maior percentagem de imigrantes vive acompanhado, o que representa um maior suporte social num contexto de vulnerabilidade.

No sentido de conhecer de que forma estes fatores protetores interagem com outros fatores presentes (protetores e/ou de risco) na população em estudo, e com que peso contribui cada um deles para um melhor ou pior contexto de desenvolvimento de problemas de saúde mental em ambos os subgrupos, foi realizada uma análise estatística inferencial entre a variável Imigrantes e algumas das variáveis independentes. Contudo essa análise não conseguiu encontrar associações estatisticamente significativas. Tal conhecimento sustentaria o desenvolvimento de intervenções junto dessas comunidades no sentido de reforçar comportamentos e contextos protetores e/ou diminuir fatores de risco.

Também relativamente à situação laboral, os imigrantes apresentam uma maior percentagem de indivíduos ativos e uma menor percentagem de reformados, o que vai de encontro ao facto de esta ser uma população mais jovem, por um lado, e por outro os fatores económicos (associados a melhores condições de trabalho, melhores salários, embora trabalhos mais precários) serem um dos principais motivos que justificam o processo de migração.

Em ambos os subgrupos a proporção de indivíduos com registo de acompanhamento clínico prévio de Psiquiatria é elevado (superior a 78%), mas verifica-se que existe uma proporção ligeiramente superior de imigrantes sem seguimento prévio de cuidados de saúde mental. No entanto, existe um número diferente de não registos em ambos os subgrupos o que pode influenciar o valor real de indivíduos com e sem seguimento prévio num e no outro grupo. De referir ainda que o registo de acompanhamento por psiquiatria pode corresponder a acompanhamento à data do mandado ou

acompanhamento prévio sem seguimento. A informação disponível nos processos analisados não permitiu avaliar as duas situações possíveis.

O facto de a maioria dos pedidos de ativação de mandados de condução ter sido feita pela Equipa de Psiquiatria Comunitária, é demonstrativo da pertinência e da importância do trabalho de proximidade que estes serviços desenvolvem junto das populações, bem como junto dos Cuidados de Saúde Primários (os médicos de Medicina Geral e Familiar são a segunda fonte de pedidos de ativação de mandados de condução), tal como se verifica no caso do concelho da Amadora. Tal realidade constitui uma via essencial de contato e de seguimento dos utentes que, por se desenvolver próximo do contexto natural onde eles se inserem, facilita e fomenta uma melhor adesão aos cuidados de saúde de que esses indivíduos necessitam e que estes decorram, sempre que possível, no seio da sua comunidade e respeitando a liberdade individual.

No entanto, algo mais deverá ser feito no sentido de aumentar a adesão aos tratamentos e continuidade de cuidados de forma a garantir que ocorram menos agudizações da doença e se menos vezes se recorra a formas de tratamento coercivas, uma vez que estas deverão ser sempre o último dos recursos. Para tal é importante conhecer melhor a comunidade que estes serviços assistem, as suas particularidades e características, de forma a ser possível promover saúde e prevenir doença de uma forma eficiente e dirigida.

Os dois diagnósticos encontrados com mais frequência nos processos de mandados de condução são os mesmos em ambos os subgrupos estudados (Esquizofrenia seguido de Doença Bipolar). No entanto, existem diferenças na prevalência de outros diagnósticos encontrados. Embora em ambos os subgrupos o terceiro diagnóstico mais encontrado seja Psicose SOE, nos imigrantes a mesma frequência é encontrada para Depressão com Ideação Suicida, Perturbação Delirante e Défice Cognitivo. Este último diagnóstico é também mais frequente nos imigrantes bem como as Perturbações de Personalidade. Por outro lado, verifica-se que o diagnóstico de Síndrome Demencial é mais prevalente em não-imigrantes. De referir, no entanto, que em 17,4% dos processos de não-imigrantes e em 16,5% dos de imigrantes não havia qualquer informação referente a diagnóstico clínico.

Além dos diagnósticos propriamente ditos, seria relevante conhecer as suas manifestações e sintomatologia, o tempo de diagnóstico, idade de diagnóstico, entre outras dimensões da doença. Tal conhecimento permitiria caracterizar de forma mais aprofundada a gravidade dos quadros clínicos e de que forma os mesmos diferem entre subgrupos estudados. No entanto, e como foi possível constatar durante a colheita de dados, esse tipo de informação não consta habitualmente da informação clínica que acompanha os mandados de condução, pelo que seria necessário recorrer a outras fontes de informação.

Relativamente à emissão de mais que um mandado de condução para o mesmo indivíduo no período em análise, verificou-se uma maior recorrência no subgrupo de imigrantes. Enquanto que um historial de 2 mandados de condução foi mais elevado no subgrupo de não-imigrantes, a ocorrência de 3, 4 ou 5 mandados foi mais frequente em imigrantes, mostrando que este grupo se encontra mais suscetível a ser encaminhado compulsivamente a um estabelecimento de saúde mental. Tal facto levanta várias questões sobre o que pode estar a contribuir para ser necessário recorrer a métodos coercivos de tratamento, isto é, quando as etapas anteriores de tratamento falham no seu propósito. Existem barreiras que dificultam a procura e o acesso a cuidados de saúde mental por parte da população imigrante? Se sim, que barreiras são essas, porque existem e como podem ser combatidas no sentido de assegurar um acesso mais equitativo e de qualidade e diminuir a morbilidade associada às doenças mentais, aumentando o nível de funcionamento individual e a qualidade de vida? Assim, seria importante analisar e aprofundar estes dados, recorrendo a outras fontes de informação disponíveis, no sentido de perceber onde podem ser feitas intervenções que maximizem a qualidade dos cuidados a prestar e diminuam o número de situações em que é necessário recorrer a tratamento coercivo.

4.2 Discussão da metodologia e limitações do estudo

Após pesquisa bibliográfica e contactos estabelecidos com várias entidades ligadas à prática, regulamentação e supervisão da Saúde Mental em Portugal (nomeadamente, médicos psiquiatras, membros do Departamento do Programa Nacional de Saúde Mental da DGS e membros da Comissão para Acompanhamento da Execução do Regime Jurídico do Internamento Compulsivo em Portugal e) concluiu-se que a informação disponível sobre a epidemiologia de mandados de condução de indivíduos imigrantes à urgência de Psiquiatria em Portugal é inexistente. Se, por um lado, o conhecimento resultante da implementação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) é, por si só, escasso, esse mesmo conhecimento é referente à população geral sem atender a subgrupos de risco, como é o caso das comunidades imigrantes.

Por essa razão, é desconhecida a dimensão da aplicação do regime de internamento compulsivo, previsto na referida lei, bem como o “perfil-tipo” do indivíduo que é conduzido compulsivamente à urgência de psiquiatria. Os dados existentes na área dos mandados de condução e internamento compulsivo remetem-se à comunidade geral, como foi referido, que são, ainda assim, escassos. Desconhecia-se, por exemplo, o perfil sociodemográfico e psicossocial dos indivíduos conduzidos, as prevalências de diagnósticos e outras dimensões relevantes da população que é encaminhada compulsivamente para cuidados de Psiquiatria através de mandados de condução, população essa que abrange imigrantes e não-imigrantes.

Na escassez de dados disponíveis na área em estudo, o levantamento e análise de todos processos relativos a mandados de condução à urgência de Psiquiatria, com análise dos mesmos em dois subgrupos (imigrantes e não-imigrantes), e não apenas a análise dos mandados de condução relativos a imigrantes permitiu, por um lado, a descrição da população na sua globalidade, no sentido de conhecer a realidade geral naquela área geográfica, e, por outro, a comparação entre os dois subgrupos com a finalidade de responder às perguntas de investigação propostas neste trabalho.

Assim, o modelo de estudo descritivo é o tipo de estudo mais indicado na bibliografia para se iniciar uma linha de investigação sobre um tema ainda pouco estudado e conhecido, no sentido de obter uma primeira “fotografia” da sua dimensão e características. Na verdade, o presente estudo não se tratou de uma investigação com base na totalidade da população imigrante em Portugal (dada a dimensão da referida população, os meios necessários e os meios disponíveis para abranger na totalidade, o tempo necessário, entre outros fatores a ter em conta), mas tem, como ponto de partida a análise da população residente num concelho de Portugal onde a realidade de imigração é muito significativa. Nesse sentido, mostrou-se oportuno começar por explorar e analisar uma população onde a imigração está fortemente presente de forma a obter uma primeira leitura do que se pretendia conhecer e, a partir da “fotografia” obtida, explorar posteriormente e com maior profundidade resultados que se mostrem pertinentes de serem estudados.

Uma limitação que importa começar por destacar é a inclusão de apenas de imigrantes de primeira geração no subgrupo de imigrantes, pelas razões que foram mencionadas na metodologia, nomeadamente para permitir comparar as prevalências obtidas na amostra com os dados disponibilizados relativamente à população imigrante em Portugal. Para tal foi adotada a definição de imigrante utilizada pelo INE, a principal fonte de dados demográficos em Portugal. No entanto, essa definição exclui indivíduos que são igualmente englobados no conceito social de imigrante, nomeadamente os imigrantes nascidos em Portugal, filhos de imigrantes de primeira geração. Assim, e pelos critérios definidos, os imigrantes de segunda geração da amostra estudada encontram-se integrados no subgrupo de não-imigrantes e foram, por isso, analisados como não-imigrantes. Por essa razão, os perfis encontrados para este subgrupo, bem como as prevalências de diagnósticos, podem refletir as limitação, pelo que a sua interpretação deve tomar isso em conta.

Por outro lado, ao não incluir os imigrantes de segunda geração no subgrupo de imigrantes, incluindo-os no outro subgrupo, perde-se a oportunidade de estudar uma franja importante da população imigrante que apresenta características e desafios que os tornam vulneráveis ao desenvolvimento de patologias mentais, tal como o confirmam vários estudos

internacionais. Assim, futuras investigações na área aqui abordada deverão abranger todas as gerações de imigrantes e não apenas a primeira geração, sendo necessário para tal, apurar e redefinir os critérios de inclusão num subgrupo e noutro. Ainda dentro do subgrupo de imigrantes seria oportuno, numa segunda fase de análise, comparar a primeira com a segunda geração de imigrantes, já que a literatura indica particularidades, características e desafios que as tornam distintas em algumas dimensões.

Seria igualmente importante estudar um maior número de indivíduos, sendo necessário, para tal, alargar o período de estudo para além dos 6 anos. Uma amostra maior poderia permitir, por exemplo, obter resultados estatisticamente mais sólidos e bem como eventuais associações que uma amostra mais reduzida não permite.

Houve também dificuldade em colher a totalidade dos dados para todas as variáveis definidas pela ausência dessa informação nos processos clínicos consultados (nomeadamente, nas variáveis *Estado Civil*, *Coabitação*, *Situação Laboral*, *Diagnóstico*, *Violência* e *Registo de Seguimento em Psiquiatria*) Em tais casos, os valores foram registados como “missings”, analisados e interpretados como tal, respeitando as metodologias e normas estatísticas. No entanto, e também pela escassez de informação clínica anexa aos ofícios de mandado de condução, algumas variáveis que foram inicialmente definidas para este trabalho (tais como, resultado do mandado de condução, tempo de seguimento em psiquiatria, tempo de diagnóstica, data da última consulta, entre outras) e que trariam informação mais completa às questões de investigação não se mostraram operacionais pelo elevado número de valores “missing” que inviabilizariam, à priori, a sua análise estatística. Como tal, essas variáveis foram eliminadas da lista inicial de variáveis e esta foi reduzida em relação ao inicialmente definido.

Tal como foi referido anteriormente, a inclusão de outras variáveis para além das aqui analisadas, bem como um número mais elevado de indivíduos estudados permitiria investigar de uma forma mais aprofundada as dimensões sociodemográficas e psicossociais (entre outras) destas populações de forma a ser possível identificar fatores de risco e fatores protetores presentes. Para que tal seja possível é necessário recorrer a outras fontes de informação que forneçam esses dados como, por exemplo, processos clínicos hospitalares,

dados fornecidos pelos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras, Segurança Social, entre outras fontes. Desta forma, consegue-se assegurar o estudo de um maior número de variáveis exequíveis e um menor número de valores “missing” que inviabilizem as possibilidades de encontrar associações estatisticamente significativas.

5. Conclusão

Foi encontrada uma prevalência de mandados de condução de imigrantes à urgência de psiquiatria superior à esperada para a população da Amadora. No entanto, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre imigrantes e não-imigrantes no que se refere a perfil sociodemográfico e psicossocial bem como de diagnóstico, de acordo com as variáveis definidas para este estudo. Apesar disso, e pela prevalência de mandados de condução de imigrantes encontrada, outras variáveis deverão ser incluídas em investigações futuras, bem como um maior número de indivíduos em estudo e metodologias diferentes no sentido de esclarecer e aprofundar melhor os resultados obtidos. Para tal, é importante incluir variáveis que permitam caracterizar de uma forma mais abrangente e aprofundada as dimensões sociais, psicológicas, económicas, laborais (entre outras) Além disso, os critérios de inclusão de imigrante deverão ser alargados no sentido de ser possível incluir os imigrantes de 2a geração que, de acordo com a literatura, apresentam também prevalências de patologia mental superior à população recetora.

Os mandados de condução que constituíram a fonte de informação para a colheita de dados estão essencialmente associados a casos de patologias psiquiátricas graves, pelo que os casos de perturbações mentais leves a moderadas não foram avaliadas no presente estudo. Estas fazem também parte da dimensão do problema abordado, pelo que deverão também ser exploradas em investigações futuras recorrendo a outras fontes de dados para além dos mandados de condução. Por outro lado, pela sua dimensão de gravidade, os casos estudados permitiram conhecer uma realidade em que, apesar de existirem um conjunto de cuidados de saúde não coercivos, essas intervenções falharam, levando à opção por uma intervenção terapêutica de última linha.

Cerca de 1 em cada 4 indivíduos apresentou recidiva de mandado de condução no período em estudo (6 anos), embora a posterior análise estatística deste fenómeno não tenha evidenciado diferenças estatisticamente significativas entre a repetição ou não repetição de mandado quando

associados com as outras variáveis estudadas. Contudo, os valores encontrados para a repetição de mandados são sugestivos de que aquele que deveria constituir o último recurso prestação de cuidados de saúde mental é, aparentemente, utilizado maior frequência que seria clinicamente desejado, embora não existam dados nacionais sobre este fenómeno que possam servir de comparação com o aqui encontrado. Importa, pois, conhecer e aprofundar as razões (quer associadas aos cuidados de saúde, quer inerentes aos próprios indivíduos conduzidos, entre outras causas que lhe estejam associadas) que poderão influenciar a utilização recorrente desta intervenção.

No global, o presente estudo pretendeu constituir uma abordagem inicial para a obtenção de uma base de conhecimentos respeitantes ao tema proposto, tema este ainda pouco estudado em Portugal, e que podem constituir pontos de partida ou de aprofundamento para investigações futuras nesta área. De facto, é importante conhecer as características sociodemográficas, psicossociais e outras dimensões vivenciais das populações imigrantes, uma vez que elas são parte ativa e construtiva da nossa sociedade aos seus vários níveis.

6. Referências bibliográficas

1. Almeida, J.M.C., Xavier, M., et al. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2013.
2. *Portugal, Saúde Mental em números 2015*. Programa Nacional para a Saúde Mental, Direção Geral da Saúde. Lisboa, Dezembro 2014.
3. Oliveira, C.R. e colaboradores. *Imigração em Números, Estatísticas de Bolso*. Alto Comissariado para as Migrações. Lisboa, Março 2015.
4. *Estimativas de População Residente em Portugal 2014*. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa, Junho de 2015.
5. Malheiros, J.M., Vala, F. A problemática da segregação residencial de base étnica – questões conceptuais e limites à operacionalização: o caso da Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*, nº 36. Lisboa 2001.
6. Moreno, A., Costa A. E Gonçalves, R. *Plano Municipal para a Integração de Imigrantes da Amadora 2015/2017*. Câmara Municipal da Amadora. Junho 2015.
7. Oliveira, C., Rodrigues, D. *Mobilidade e Território da Região de Lisboa e Vale do Tejo: Pistas para uma Análise Integrada*. *Revista de Estudos Regionais*. Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2º Semestre 2001.
8. *Diagnóstico Social do Concelho da Amadora- Programa Rede Social*. Centro de Estudos para a Intervenção Social. Amadora, Novembro, 2014.
9. *Diagnóstico Social da Amadora 2014*. Núcleo Executivo CLAS da Amadora. Dezembro, 2014.
10. Usha G., Thomson, M.S., et al. *Immigrant Mental Health, A Public Health Issue: Looking Back and Moving Forward*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2015.

11. Kennedy, S.; McDonald, J.T.; Biddle, N. *The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries*. SEDAP Research Paper. Canada, 2006.
12. Fuller-Thomson, E., Noack, A.M., George, U. *Health decline among recent immigrants to Canada: Findings from a nationally-representative longitudinal survey*. Can. J. Public Health. 2011
13. Davies, A.A., Basten, A., Frattini, C. *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Eurohealth. Vol 16 N 1, 2010.
14. Bhugra, D., Jones, P. *Migration and mental illness*. Advances in Psychiatric Treatment. vol 7, 2001.
15. Kirmayer, L.J., et al. *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. Canadian Medical Association Journal. September 2011.
16. Hansson E, Tuck A, Lurie S and McKenzie K. *Improving mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized groups: Issues and options for service improvement*. Task Group of the Services Systems Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. November 12, 2009.
17. Nethasinghe, S.C. *Mental health problems of immigrants in Norway compared to Mental health problems in ethnic Sri Lankan population*. Faculty of social sciences, University college of Oslo. Summer 2011.
18. Franken, I., Coutinho, M.P.L. *Representações Sociais, Saúde Mental e Imigração Internacional*. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012, 32 (1), 202-219.
19. Tinghög, P. *Migration, Stress and Mental Ill Health, Post-migration Factors and Experiences in the Swedish Context*. Linköping University, Dissertations on Health and Society. No. 16, Linköping, 2009.
20. Close, C., Kouvonen, A., et al. *The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews*. Global Health. 12(1):47.2016.

21. Saraiva Leão T, Sundquist J, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. *Incidence of mental disorders in second-generation immigrants in Sweden: a four-year cohort study*. Ethn Health. 10(3):243-56, Aug 2005.
22. Nakash O., Levav I., Gal G. *Common mental disorders in immigrant and second-generation respondents: results from the Israel-based World Mental Health Survey*. Int J Soc Psychiatry. 59(5): 508-15, Aug 2013.
23. Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Diário da República, I SÉRIE-A N.º 169, 24/7/1998, páginas 3544-3550.
24. Salize, H.J., Dreßing, H., Peitz, M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States, Final Report*. Central Institute of Mental Health. Mannheim, Germany, May 15, 2002.
25. Talina, A.M.C. *Internamento Compulsivo em Psiquiatria- Estudo Comparativo de doentes com Internamento Compulsivo Versus Internamento Voluntário na Grande Lisboa*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa, 2004.
26. Silva, A.L.N. *Internamento Compulsivo*. Revista: Arquivos de Medicina, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina do Porto. Abril 2010.
27. Almeida, F. et al. *Psicose Esquizofrénica e Internamento Compulsivo*. Porto: Hospital de Magalhães Lemos. 2008.
28. Van der Post, L. et al. *Factors associated with higher risks of emergency compulsory admission for immigrants: A report from the ASAP study*. Int J Soc Psychiatry. July 2012.
- 29.33. Van der Post, L, et al. *The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area*. BMC Psychiatry. May 2008.
30. Koppelmans, V. et al. *The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry - II (ASAP-II): a comparative study of psychiatric intensive care units in the Netherlands*. BMC Public Health. July 2009.

31. Cornelis L.M, Gerrit T. Koopmans, S., Jean-Paul. *Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands*. The British Journal of Psychiatry. March 2006.

Outra bibliografia consultada

- *A Lei da Saúde Mental e o Internamento Compulsivo*, in Direito da Medicina-I vol 2, Centro de Direito Biomédico da FDUC, Coimbra, 2000.
- Albergaria, P.S. *A Lei da Saúde Mental, Lei nº 36/98 de 24 de Julho-Anotada*. Almedina, Lisboa, Janeiro 2003.
- Aguiar P. *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. 1ª edição, Climepsi editors. Lisboa, 2007.
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Immigration. *Crossroads: The psychology of immigration in the new century*. Washington, DC, 2012.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Kjellström, T. *Epidemiologia Básica*. 1ª edição portuguesa, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- Bhugra, D. et al. *WPA guidance on mental health and mental health care in migrants*. World Psychiatry. February 2011.
- Cantor-Graae, E., Pedersen, C.B. *Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration- A Danish Population-Based Cohort Study*. JAMA PSYCHIATRY. Vol 70 (No. 4), Apr 2013.
- Ceri, V., Özlü-Erkilic, Z., et al. *Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background*. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. Feb 2017.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Direção Geral da Saúde, Lisboa, Julho 2008.

- Dias, S. e col. *Imigração e Saúde*. Revista do Observatório da Imigração. Lisboa, Setembro, 2007.
- Dingoyan et al. *Lifetime prevalence of mental disorders among first and second generation individuals with Turkish migration backgrounds in Germany*. BMC Psychiatry. 17:177, 2017.
- Franken, I., Coutinho, M.P.L. *Representações Sociais, Saúde Mental e Imigração Internacional*. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012, 32 (1), 202-219.
- Gelder, M.G., Jr, Jaun Lopez-Ibor, Andreasen, Nancy C. *New Oxford Textbook of Psychiatry vols 1 and 2*. Oxford University Press, 2003.
- Last, J. *A dictionary of public health*. Oxford University Press, 2007.
- Latas, A.J., Vieira, F. *Notas e Comentários à Lei de Saúde Mental*. Centro de Estudos Judiciários, Coimbra Editora, Coimbra, 2004.
- Lechner, E. *Imigração e saúde mental*, Revista Migrações- Número Temático Imigração e Saúde. Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 79-101, 2007.
- Lechner, E. *O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas*. Revista de Psiquiatria do Hospital Amadora Sintra. 2005.
- Liddell, B.J. et al. *The generational gap: Mental disorder prevalence and disability amongst first and second generation immigrants in Australia*. Journal of Psychiatric Research. 83, 2016.
- Machado, F.L., Matias, A.R., Leal, S. *Jovens descendentes de imigrantes africanos: Transição para a exclusão ou para a integração social?*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, 2004.
- Mindlis, I., and Boffetta, P. *Mood disorders in first and second-generation immigrants: systematic review and meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry. 1-8, 2017.

- Monteiro, A.P. *Migração e Saúde Mental- Vulnerabilidade ao stress, apoio social e saúde mental em imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal*. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, 2008.
- Neththasinghe, S.C. *Mental health problems of immigrants in Norway compared to Mental health problems in ethnic Sri Lankan population*. Faculty of social sciences, University college of Oslo, Summer 2011.
- Pussetti, C. *Identidades em Crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal*. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.94-113, 2010.
- Pussetti, C. e outros. *Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Estudos OI 33. Lisboa, Outubro 2009.
- Ramos, J., Santos, J. et al. *Pathways to Care for First Psychiatric Admissions in Lisbon*. Psychiatric Services. Volume 66:8, August 2015.
- Salas-Wright, C. P., Kagotho, N., Vaughn, M.G. *Mood, anxiety, and personality disorders among first and second-generation immigrants to the United States*. Psychiatry Research. 2014.
- Serrano, P. *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*, 2ª edição. Lisboa: Relógio D'Água editores, 2004.

7. Anexos

7.1 Anexo A: Lista de variáveis e plano de operacionalização

Nome informático da variável	Variável	Valores a assumir	Tipo de Variável
Anomand	<i>Ano de emissão do mandado</i>	Em anos	Numérica
Gen	<i>Sexo</i>	0 - Feminino 1 - Masculino	Nominal
Id	<i>Idade</i>	Em anos	Numérica
Fetária	<i>Faixa Etária</i>	1 - 17-20 2 - 21-25 3 - 26-30 4 - 31-35 5 - 36-40 6 - 41-45 7 - 46-50 8 - 51-55 9 - 56-60 10 - 61-65 11 - 66-70 12 - 70-90	Categórica
Nat	<i>Naturalidade</i>	1 - África do Sul 2 - Angola 3 - Brasil 4 - Cabo Verde 5 - Guiné Bissau 6 - Índia 7 - Moçambique 8 - Portugal 9 - São Tomé 10 - Venezuela	Nominal
Nac	<i>Nacionalidade</i>	1 - Angola 2 - Brasil 3 - Reino Unido 4 - Cabo Verde 5 - Guiné Bissau 6 - Portugal 7 - São Tomé	Nominal
EstCivil	<i>Estado Civil</i>	999 - Não registado 1 – Casado(a) 2 – Solteiro(a) 3 – Divorciado(a)	Nominal

		4 – Viúvo(a)	
Imigr	<i>Imigrante</i>	0 - Não 1 - Sim	Nominal
Coabitacao	<i>Coabitação</i>	999 - Não registado 1 - Acompanhado(a) 2 - Sozinho(a)	Nominal
Sitlabor	<i>Situação Laboral</i>	999 - Não registado 1 - Ativo(a) 2 - Desempregado(a)/ Não ativo(a) 3 - Reformado(a)	Nominal
Solmand	<i>Solicitação do Mandado</i>	1 - Equipa Psiquiatria Comunitária 2 - Médico Família 3 - Médico Psiquiatra 4 - Família 5 - Psicólogo 6 - Assistente Social 7 - PSP 8 - Outros médicos 9 - Outros	Nominal
Diag	<i>Diagnóstico</i>	999 - Não registado 1 - Perturbações do Neurodesenvolvimento 2 - Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas 3 - Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas 4 - Perturbações Depressivas 5 - Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e Perturbações Relacionadas 6 - Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas 7 - Perturbações Neurocognitivas 8 - Perturbações da Personalidade 9 - Outros	Nominal
Recorr	<i>Recorrência de mandado</i>	0 - Não 1 - Sim	Nominal
Viol	<i>Registo de comportamentos violentos</i>	999 - Não registado 0 - Sem comportamentos violentos 1 - Com comportamento heteroagressivo 2 - Com comportamento autoagressivo 3 - Com agressividade mista	Nominal
Regpsiq	<i>Registo de Seguimento em Psiquiatria</i>	999 - Não registado 0 - Sem seguimento anterior 1 - Com seguimento anterior	Nominal

7.2 Anexo B: Principais grupos de diagnósticos psiquiátricos (DSM-5) e principais diagnósticos psiquiátricos encontrados nos mandados de condução

Principais grupos de diagnósticos psiquiátricos (DSM-5)	Principais diagnósticos psiquiátricos encontrados nos mandados de condução
Perturbações do Neurodesenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Défice Cognitivo
Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas	<ul style="list-style-type: none"> Esquizofrenia Perturbação Esquizoafetiva Psicose Paranóide Psicose Não-orgânica Não Especificada Psicose Sem Outra Especificação Perturbação Delirante
Perturbação Bipolar e Perturbações Relacionadas	<ul style="list-style-type: none"> Doença Bipolar
Perturbações Depressivas	<ul style="list-style-type: none"> Depressão Psicótica Depressão com Ideação Suicida
Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas	<ul style="list-style-type: none"> Perturbação Obsessivo-Compulsiva Grave
Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas	<ul style="list-style-type: none"> Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
Perturbações Neurocognitivas	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome Demencial
Perturbações da Personalidade	<ul style="list-style-type: none"> Perturbação de Personalidade
Outros	<ul style="list-style-type: none"> Tentativa de Suicídio Distúrbio do Controlo de Impulsos, NE Perturbação Disruptiva do Comportamento

7.3 Anexo C: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS LVT



*Receber o
parecer e autorização
e intido.*

30-6-2016

Luís Pisco
Vice-Presidente do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

Informação N.º
5131/CES

Data:
27-06-2016

Processo
N.º 030/CES/INV/2016

Assunto: “Mandados de Condução à urgência de Psiquiatria em imigrantes.”

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 24-06-2016, o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Referenciamos o presente parecer na expectativa da vossa apreciação e autorização para posterior envio ao requerente e divulgação em formato sumário no portal da ARSLVT.

À consideração superior,

Antonio Manuel Nuncio Faria Vaz

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da A